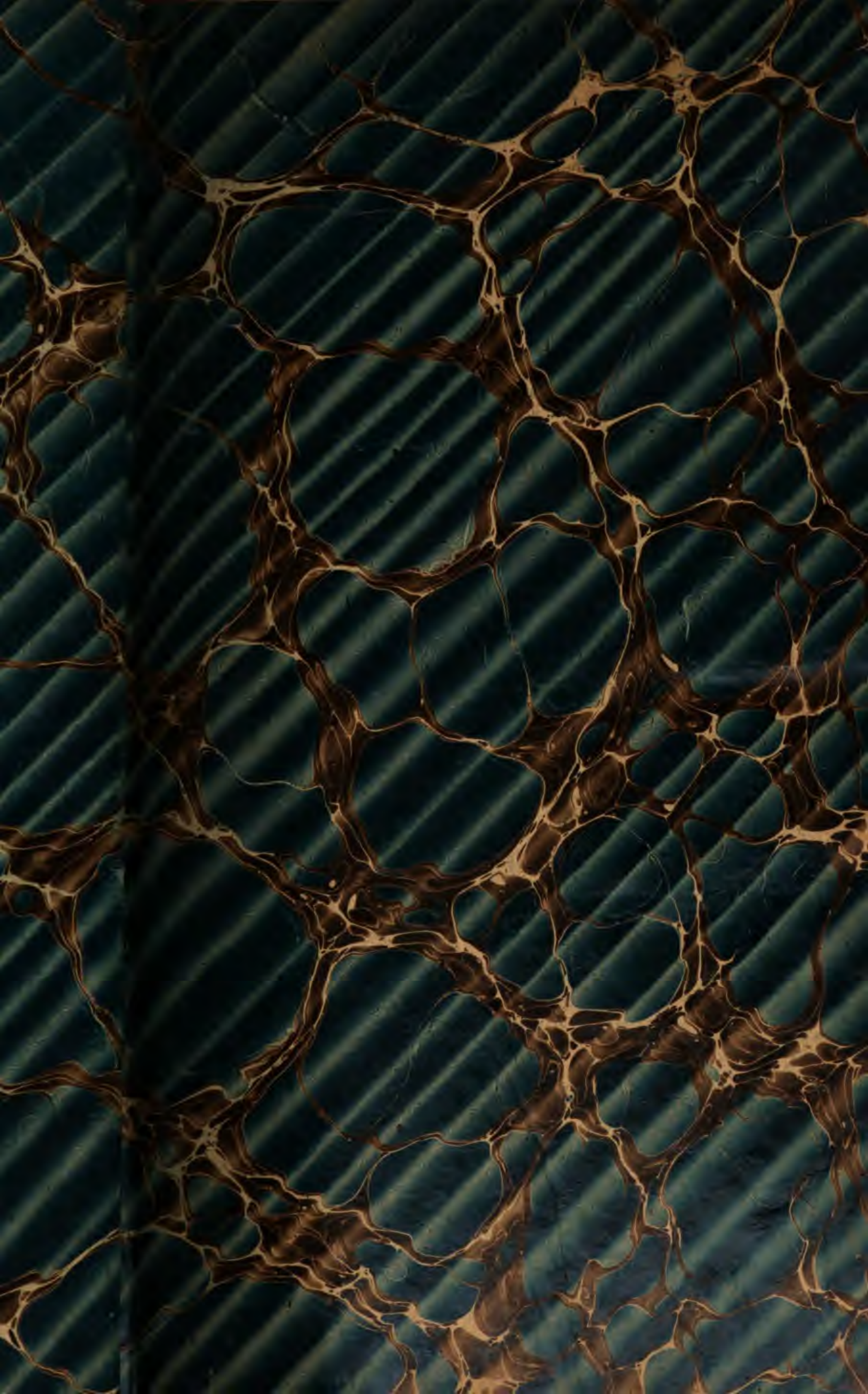


[illegible]

Dr. Wigglesworth

ANNALES

DES

MALADIES DE LA PEAU

ET

DE LA SYPHILIS.

2e ANNÉE. — 2e VOLUME.

PARIS, TYP. LACRAMPE ET COMP., RUE DAMIETTE, 2.

ANNALES

DES

MALADIES DE LA PEAU

ET

DE LA SYPHILIS,

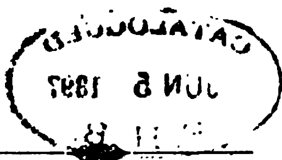
PUBLIÉES

PAR ALPHÉE CAZENAVE,

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS, PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
CHEVALIER DE LA LÉGION-D'HONNEUR, ETC.

Periculosum est credere et non credere.

2e ANNÉE. — 2e VOLUME.



PARIS,

CHEZ LABÉ, LIBRAIRE, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 4.

—

1845.

2e ANNÉE. —— 2e VOLUME. — N° 1. —— AOUT 1844.



ANNALES DES MALADIES DE LA PEAU ET DE LA SYPHILIS,

PUBLIÉES

Par Alph. CAZENAVE,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Médecine, etc.

Periculosum est credere et non credere.

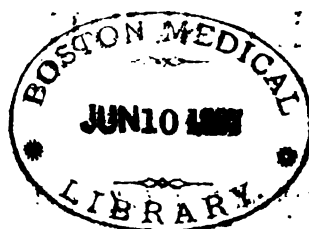
DES LÉSIONS DE SENSIBILITÉ DE LA PEAU SIÉGEANT DANS LE CORPS PAPILLAIRE.

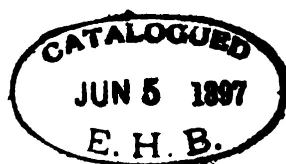
ANESTHÉSIE. — HYPERSTHÉSIE. — PRURIT. — PRURIGO. — LICHEN.

(Premier article.)

Chaque jour l'observation démontre de plus en plus cette vérité, que les maladies de la peau doivent rentrer peu à peu, et être rangées définitivement sous l'empire des lois générales de la pathologie, et que la connaissance de leur siége anatomique conduit le plus souvent à l'appréciation de leur nature. Cette vérité n'est nulle part plus évidente, qu'appliquée au groupe des lésions de sensibilité de la peau, qui ont leur siége dans le corps papillaire. Depuis l'hypersthésie la plus simple jusqu'au lichen le plus intense, tous les phénomènes qui se rattachent à ces lésions trouvent une explication facile. Pour tous, l'étude anatomique et l'observation pathologique sont complétement d'accord. D'un côté, en effet, nous pouvons constater l'existence d'un corps papillaire, aboutissant final de ce système nerveux, comme spécial, qui donne à la peau la sensibilité exquise dont elle est pourvue ; d'un système vasculaire très-prononcé ; d'une enveloppe protectrice, formée par la matière épidermique, et, comme partout où il y a de la matière blennogène, de la présence de la matière colorante. D'un autre côté, nous observons des altérations de sensibilité en plus ou en moins ; un gonflement des papilles, et par suite, leur développement exagéré, formant ce que l'on appelle des *papules;* des inflammations, avec produits anormaux ; un épaississement remarquable ; de la desquammation ; enfin, un changement de couleur des parties affectées.

Ainsi, les différents phénomènes par lesquels peuvent se traduire les lésions de sensibilité de la peau correspondent, pour ainsi dire, individuellement à chaque partie plus spécialement affectée du corps papillaire ; ils constituent presque une sorte d'analyse pathologiqne de la papille elle-même. Si maintenant, en partant de ce point, nous cherchons à apprécier la nature intime de ces affections, nous les voyons se comporter à la manière de toutes les maladies dites nerveuses, se développer sous les mêmes influences, dans les mêmes conditions, souvent alterner avec d'autres troubles nerveux ayant un siége différent, plus ou moins éloigné, etc. ; et


BOSTON MEDICAL
JUN 10
LIBRARY.


CATALOGUED
JUN 5 1897
E. H. B.

2e ANNÉE. — 2e VOLUME. — No 1. — AOUT 1844.



ANNALES
MALADIES DE LA PEAU
ET
DE LA SYPHILIS,

PUBLIÉES

Par Alph. CAZENAVE,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Médecine, etc.

Periculosum est credere et non credere.

DES LÉSIONS DE SENSIBILITÉ DE LA PEAU SIÉGEANT DANS LE CORPS PAPILLAIRE.

ANESTHÉSIE. — HYPERSTHÉSIE. — PRURIT. — PRURIGO. — LICHEN.

(Premier article.)

Chaque jour l'observation démontre de plus en plus cette vérité, que les maladies de la peau doivent rentrer peu à peu, et être rangées définitivement sous l'empire des lois générales de la pathologie, et que la connaissance de leur siége anatomique conduit le plus souvent à l'appréciation de leur nature. Cette vérité n'est nulle part plus évidente, qu'appliquée au groupe des lésions de sensibilité de la peau, qui ont leur siége dans le corps papillaire. Depuis l'hypersthésie la plus simple jusqu'au lichen le plus intense, tous les phénomènes qui se rattachent à ces lésions trouvent une explication facile. Pour tous, l'étude anatomique et l'observation pathologique sont complétement d'accord. D'un côté, en effet, nous pouvons constater l'existence d'un corps papillaire, aboutissant final de ce système nerveux, comme spécial, qui donne à la peau la sensibilité exquise dont elle est pourvue ; d'un système vasculaire très-prononcé ; d'une envelop protectrice, formée par la matière épid mique, et, comme partout où il y a de matière blennogène, de la présence de matière colorante. D'un autre côté, no observons des altérations de sensibilité plus ou en moins ; un gonflement des p pilles, et par suite, leur développem exagéré, formant ce que l'on appelle d *papules;* des inflammations, avec produ anormaux ; un épaississement remarqu ble ; de la desquammation ; enfin, changement de couleur des parties aff tées.

Ainsi, les différents phénomènes par le quels peuvent se traduire les lésions sensibilité de la peau correspondent, po ainsi dire, individuellement à chaque pa tie plus spécialement affectée du corps p pillaire ; ils constituent presque une so d'analyse pathologique de la papille ell même. Si maintenant, en partant de point, nous cherchons à apprécier la n ture intime de ces affections, nous voyons se comporter à la manière de tou les maladies dites nerveuses, se dévelo per sous les mêmes influences, dans mêmes conditions, souvent alterner av d'autres troubles nerveux ayant un si différent, plus ou moins éloigné, etc. ;

nous arrivons ainsi, par la double voie et de l'étude anatomique et de l'observation pathologique, à admettre une grande classe de lésions de sensibilité de la peau, siégeant dans le corps papillaire, maladies qui se présentent avec les caractères qui appartiennent aux autres affections de ce genre, et dans lesquelles l'éruption, proprement dite, n'est que secondaire. A cette classe, en effet, appartiennent les formes papuleuses; or, l'éruption peut manquer alors que la maladie présentera cependant la plupart de ses caractères, et surtout le prurit, qui joue toujours le principal rôle et qui existe avec plus ou moins d'intensité. Qu'est-ce, en effet, que la papule, si ce n'est la papille elle-même à un état anormal? Je me suis souvent attaché à la suivre et à l'étudier dans ses développements. Voici quels ont été les résultats de cette observation : elle peut n'être que très-légèrement tuméfiée; ce gonflement peut aussi être plus considérable et plus persistant; mais, dans l'un comme dans l'autre, car il n'y a pas d'autre caractère, il n'y a pas de changement de couleur à la peau. Jusque-là la papule n'est, je le répète, qu'une simple exagération, une hypertrophie légère de la papille même. D'autres fois, le gonflement est accompagné d'une injection vasculaire, d'une véritable inflammation, quelquefois même d'ulcération. Ici l'élément nerveux n'est pas seul malade; l'appareil vasculaire lui-même est intéressé : c'est ce qui arrive dans le *lichen*. Ou bien encore la papille est considérablement développée, et alors la couche épidermique participe de l'affection cutanée; de là cet épaississement, cette rudesse, cette habitude comme parcheminée de la peau, si ordinaire dans le *prurigo*, surtout dans le *lichen*. Enfin, la peau peut encore subir, dans quelques cas, une modification remarquable dans sa couleur, et c'est un des caractères les plus curieux du lichen fixé au visage.

La sensibilité de la peau peut être lésée en plus ou en moins. Ce dernier cas, qui constitue l'anesthésie, ne mérite pas autant que l'autre notre attention, et doit moins nous occupper ici, car cette lésion n'est presque toujours qu'un symptôme, un épiphénomène traduisant une affection nerveuse plus ou moins éloignée : rarement elle est l'expression d'une affection idiopathique du corps papillaire.

L'anesthésie est plus ou moins circonscrite et limitée. Quelquefois elle est bornée aux divisions d'un seul nerf, comme on l'observe pour la cinquième paire, par exemple. D'autres fois elle occupe un membre tout entier; c'est ce qui a lieu dans l'intoxication saturnine. Dans d'autres circonstances, même sans lésion du mouvement, elle est plus étendue encore. Ainsi on connaît le cas curieux de la Condamine, qui avait perdu complétement la sensibilité des mains, tout en conservant le mouvement. Mais ces faits sont en dehors du sujet qui m'occupe, puisque alors les lésions secondaires de la peau ne sont que le retentissement, le résultat d'une altération plus ou moins grave, plus ou moins profonde d'un tronc nerveux, d'une paire de nerfs, ou même d'une portion de l'organe central encéphalo-rachidien. Dans quelques circonstances cependant, l'anesthésie s'est présentée comme complication d'une autre maladie de la peau, et alors elle semblait exclusivement bornée au corps papillaire. Ainsi, dans la remarquable épidémie d'acrodynie, observée à Paris en 1824, un des symptômes les plus fréquents que nous ayons observés à l'hôpital Saint-Louis, était un érythème particulier de la paume des mains et de la plante des pieds, caractérisé par une rougeur cramoisie, délimitée exactement de manière à circonscrire parfaitement les faces palmaire et plantaire, et accompagnée d'une lésion de manifeste sensibilité. C'était tantôt une exagération, tantôt, au contraire, et c'est le cas dont je parlais, une perversion et quelquefois une abolition de la sensibilité, telle, que les malades avaient perdu la sensation du chaud et du froid, et n'avaient plus la conscience de la forme, de la résistance et de la température des corps avec lesquels ces parties étaient en contact.

Pour les faits que je viens de citer, on pourrait, à la rigueur, penser qu'il n'y avait entre l'anesthésie et les autres altérations de la peau qu'un simple rapport de coïncidence; mais il existe une maladie cutanée, comme spéciale, dans laquelle l'anesthésie est bien évidemment un symptôme idiopathique, d'ailleurs d'une grande valeur au point de vue du diagnostic, et qui est intimement lié à toutes les phases d'augmentation et de diminution de la maladie elle-même : je veux parler de l'éléphantiasis des Grecs. Cette affection grave

est, en effet, caractérisée au début par des taches fauves, reposant sur des surfaces légèrement œdématiées, et qui sont le siége d'une insensibilité qui ne dépasse pas la circonférence de la plaque. Cette insensibilité est telle, que l'on peut enfoncer des épingles dans la peau, sans que le malade le sente. C'est, je le répète, un symptôme nerveux d'une grande valeur, puisque c'est souvent le seul qui permette de diagnostiquer cette maladie affreuse, surtout à une époque où il importe tant de la reconnaître, c'est-à-dire au début.

La lésion de la sensibilité en plus constitue l'hypersthésie, qui joue un rôle bien plus important dans les affections de la peau, au moins au point de vue qui nous occupe ici.

Disons tout d'abord qu'elle peut se présenter au même titre que l'anesthésie dans l'acrodynie et dans l'éléphantiasis. Ainsi, comme je le disais tout à l'heure, dans l'épidémie de 1824, l'érythème était compliqué aussi fréquemment d'exagération de la sensibilité que de phénomènes anesthésiques. Dans l'éléphantiasis, il arrive quelquefois, mais c'est l'exception, que les taches, au lieu d'être insensibles, présentent, au contraire, un excès de sensibilité, tel, que le moindre attouchement détermine chez le malade une douleur qu'il compare à celle qui résulterait de la contusion du nerf cubital. Mais, je le répète, ici l'hypersthésie est l'exception ; l'anesthésie est la règle.

En dehors de ces faits, l'hypersthésie se présente souvent, dans la pathologie cutanée, comme épiphénomène nerveux. Ainsi, elle accompagne certaines éruptions aiguës, en tête desquelles il faut placer l'urticaire ; elle se montre au début de la plupart des formes éruptives, et surtout de celles qui se terminent par une desquammation plus ou moins abondante. Enfin, et c'est ce qui nous importe le plus de noter, dans toute une classe de maladies de la peau, l'hypersthésie constitue toute l'affection, soit que cette dernière ait pour caractère unique le *prurit* général ou local, soit que le développement des papilles, venant se joindre à la lésion de sensibilité, constitue une véritable éruption papuleuse, et qu'il y ait alors ou *lichen* ou *prurigo*.

Cette hypersthésie de la peau, constituée par des démangeaisons plus ou moins vives, et désignée sous le nom de prurit, a, dans tous les temps, fixé l'attention des médecins, et, sous le nom de *pruritus*, les anciens désignaient tantôt une démangeaison seulement, tantôt une maladie tout entière, avec ou sans éruption.

Cette exagération de la sensibilité de la peau n'est pas chose très-rare, qu'elle soit généralement répandue d'ailleurs, ou, ce qui est plus commun, qu'elle soit fixée à des surfaces peu étendues ; elle varie beaucoup sous le rapport de l'intensité. Ainsi, il y a des personnes qui, sous la moindre influence, éprouvent des démangeaisons sur différents points de la surface du corps, sans que, d'ailleurs, celles-ci soient assez incommodes ou intenses pour constituer une maladie véritable. D'un autre côté, j'ai vu des individus pour lesquels ce prurit non-seulement déterminait un état maladif réel, mais, dans certains cas, devenait la source de souffrances vraiment intolérables. J'ai déjà publié, dans ce recueil, un cas curieux de ce genre d'hypersthésie, caractérisée plutôt par un excès de sensibilité que par du prurit (1).

J'ai été consulté depuis pour un malade, chez lequel la peau tout entière était douée d'une irritabilité telle, qu'il ne pouvait porter que des vêtements très-lâches et très-légers. Cette hypersthésie remontait à plusieurs années déjà, et elle était évidemment l'expression à la peau de troubles nerveux apportés dans la constitution par le genre de vie du malade. En effet, cet homme, voué à l'enseignement, se livrait, depuis de longues années, à un travail intellectuel excessif, à des veilles prolongées, etc. Quand il s'est confié à mes soins, il était tourmenté par un sentiment d'ardeur à la peau, tellement intense et persistant, qu'il était réduit à ne porter presque que des habits de femme, puisqu'à partir de la ceinture, il ne pouvait plus supporter sur la peau le moindre contact d'un vêtement.

Cette hypersthésie existe d'ailleurs sans éruption. Cependant, il est arrivé plusieurs fois que le malade ait été atteint d'une éruption vésiculeuse qui présentait les caractères de l'eczéma. On comprend jusqu'à quel point cet état d'excitation nerveuse doit prédisposer la peau au développement d'éruptions, qui n'ont même

(1) Voy. Annales, t. I, p. 248.

aucun rapport de forme avec les affections papuleuses.

J'ai donné, plus récemment encore, des soins à un ancien militaire qui est pris depuis trois ans, aux mêmes heures de la journée, d'un prurit général des plus incommodes, sans éruption concomitante, sans aucune modification apercevable à la peau. Il rapporte cette affection à une ancienne gale, qui aurait été, dit-il, mal guérie. J'ai eu souvent occasion de rencontrer des malades alléguer, en pareille circonstance, cette cause, qui a une valeur réelle, mais non pas dans le sens qu'ils lui prêtent. La gale, maladie toute locale, guérit ou ne guérit pas, mais on ne peut pas dire qu'elle est mal guérie. Ce qui est plus vrai, c'est que sa cause, toute matérielle, ou persiste avec la maladie, ou passe complétement avec elle. Mais la gale est accompagnée de prurit, et j'ai vu souvent le prurit laisser chez les individus nerveux une sensibilité exagérée de la peau, sensibilité dont les effets étaient peu marqués d'abord, mais qui se traduisait peu à peu par des phénomènes tout à fait morbides. C'était le cas de ce vieux militaire dont je viens de parler.

J'ai vu enfin plusieurs fois des malades, et principalement des femmes, éprouver dans l'épaisseur de la peau des douleurs instantanées, mais vives, qui allaient quelquefois jusqu'à leur arracher des cris, et qu'ils comparaient à la sensation d'une aiguille qui aurait traversé les tissus. Ce sont des cas analogues d'hypersthésie que Willan a décrits sous le nom d'*urticaria subcutanea*.

Mais c'est le plus souvent sous forme de prurit que se présente l'hypersthésie de la peau, et, le plus ordinairement aussi, elle est limitée à des surfaces peu étendues.

Les points qui sont le plus fréquemment le siége de ce prurit local sont évidemment les parties génitales chez la femme, et les environs de l'anus chez l'homme.

C'est surtout dans le prurit des parties génitales que les démangeaisons sont insupportables ; elles gagnent le vagin et donnent lieu souvent à des troubles nerveux des plus pénibles. Biett citait toujours dans ses leçons l'exemple d'une femme, chez laquelle, bien qu'âgée de 60 ans, le prurit des parties génitales se traduisait par les phénomènes d'une nymphomanie. On comprend tous les inconvénients attachés à cette maladie, arrivée à ce point de gravité, et cependant, elle existe sans aucun signe extérieur, sans papule.

Le prurit de l'anus, que l'on a appelé *prurigo podicis*, et que l'on rencontre surtout chez les hommes, est beaucoup plus commun que le précédent. Existant aussi sans forme papuleuse, il est constitué par des démangeaisons qui, peu intenses d'abord, augmentent progressivement, s'exaspèrent à mesure que le malade se gratte, et finissent par causer un supplice réellement intolérable. Borné d'abord à la marge de l'anus, il gagne les sphincters et peut s'étendre jusqu'à l'intestin, et c'est surtout dans ce cas qu'il est pour le malade la source de souffrances affreuses. Quand ce prurit existe depuis longtemps, la marge de l'anus est boursouflée, sillonnée de plis ; elle est le siége d'excoriations pénibles, quelquefois de véritables cassures. Cette affection est souvent provoquée, et presque toujours singulièrement augmentée par la chaleur du lit. Le moindre écart de régime en amène le retour ou la recrudescence. C'est une des formes que j'ai rencontrées le plus souvent ; je l'ai toujours trouvée rebelle, et, dans quelques cas heureusement assez rares, je l'ai vue empoisonner la vie du malade, qui arrivait par degrés à un état d'angoisse et d'anxiété inexprimables. Le prurit local est quelquefois fixé au scrotum, où, pour être moins grave que le précédent, il n'en constitue pas moins une affection des plus incommodes et des plus pénibles.

L'étiologie est encore en harmonie avec les considérations que j'ai présentées au commencement de cet article, pour établir le caractère nerveux de ces accidents et pour rapprocher les maladies de la peau, qui forment le groupe, dont je m'occupe ici, des affections nerveuses, des névroses en général.

C'est presque exclusivement chez les individus impressionnables, d'un tempérament nerveux, chez les femmes, chez les personnes à peau fine et sensible ; c'est surtout à l'âge où le système nerveux a le plus d'activité, dans la jeunesse et dans l'âge adulte, que l'on observe l'hypersthésie de la peau. Il est rare qu'elle ne

coexiste pas, qu'elle n'alterne pas avec d'autres troubles de la même nature, et surtout avec la gastralgie. C'est une observation que j'ai eu occasion de faire très-souvent. Actuellement encore, je donne des soins à un commerçant distingué, homme d'une grande activité intellectuelle, d'une constitution délicate, d'un tempérament essentiellement nerveux. Il est, depuis bien des années, tourmenté d'une gastralgie qui, dans ce moment, est remplacée par une hypersthésie générale de la peau, sans éruption, mais qui, lors des retours des crises, est tellement violente, qu'il ne sait pas de corps assez dur pour pouvoir le soulager. Cette affection le met dans un état de surexcitation générale, et, après les crises, dans un état d'affaissement tel, que, dix fois déjà, bien que jeune encore, le malade a voulu renoncer à ses occupations graves et importantes.

Chez les femmes, l'hypersthésie est souvent précédée d'accès névralgiques, ou de tous autres troubles nerveux, de douleurs utérines, par exemple. Lorsque la maladie s'est déclarée accidentellement, elle a été presque toujours provoquée par une secousse générale, par une émotion vive, par un violent chagrin. Enfin, j'ai vu plusieurs fois, et j'en ai cité plus haut un exemple pour la gale, la peau, excitée longtemps auparavant, par des causes, par des maladies tout à fait différentes, en garder, pour ainsi dire, le souvenir, en conserver l'impression jusqu'au moment où la sensibilité, de plus en plus exaltée, ou augmentée encore accidentellement, se traduit alors par les phénomènes essentiellement morbides que je viens d'exposer.

Une fois cette prédisposition individuelle admise, une fois admise aussi cette influence première, plus ou moins profonde, l'hypersthésie de la peau, et surtout l'hypersthésie locale, peut être développée occasionnellement, et surtout entretenue par des causes d'un tout autre ordre. Ainsi, le prurit local est souvent augmenté par la chaleur, par le frottement, les sécrétions habituelles des parties affectées, par une leuchorrée, par des hémorrhoïdes, par la présence de vers dans le rectum, etc. Le prurit général est constamment aggravé par toutes les causes d'excitation générale, par l'ingestion de certains aliments. Il existe enfin un caractère que cette excitation de la peau partage encore avec les névroses en général, c'est le retour périodique, et souvent très-régulier, des crises.

(*La suite au prochain numéro.*)

BIBLIOGRAPHIE.

LA SYPHILIS AU DIX-HUITIÈME SIÈCLE.

(Sixième article.)

NISBET. — B. BELL. — SWEDIAUR. — LES BIBLIOGRAPHES.

L'ouvrage de Hunter avait marqué l'apogée de la syphilographie, et parmi ceux qui nous restent à examiner, il n'en est pas qui puisse mériter à un aussi haut point notre intérêt et notre admiration. Cependant il y avait place encore pour des idées nouvelles, et nous devons les signaler partout où nous les rencontrons; mais, par-dessus tout, les dernières années du 18e siècle devaient être célèbres par la théorie du double virus, théorie préparée de longue main et qui aboutissait à la dislocation du type syphilitique. Avant d'arriver à ce point important de notre histoire, notons en passant les expériences de Bru (1), chirurgien de marine, qui pratiqua un grand nombre de fois l'inoculation du pus syphilitique dans le but d'éclairer un point alors nouveau et très-contesté de la syphilographie; ces expériences, faites, ainsi que le dit l'auteur, avec de la matière prise sur des chancres récents ou de blennorrhagies nouvelles, n'auraient jamais donné que des résultats négatifs : notons aussi le traitement végétal de Mittié (2), traitement essayé à

(1) Méthode nouvelle de traiter les maladies vénériennes, etc., etc., Paris, 1789, 2 vol.

(2) Traitements des maladies vénériennes, faits

l'hôpital militaire de Grenoble *avec les plus grands succès;* mais arrêtons-nous surtout quelques instants sur le livre de Nisbet (1), où nous pouvons trouver d'importantes remarques à faire.

Nisbet définissait la syphilis une sorte d'état cachectique produit par un virus inconnu. Pour que l'empoisonnement eût lieu, il fallait trois conditions essentielles : la fluidité du virus, le contact, et un état d'orgasme des parties contaminées. A différentes époques de l'histoire de la syphilis, on avait considéré comme une circonstance favorable à la contagion cet état particulier qui préside aux rapports sexuels; mais on n'avait pas songé encore à en faire une condition nécessaire à l'infection : aussi, Nisbet disait-il qu'il avait osé faire un pas de plus que ses devanciers, en avançant « qu'il fallait absolument une certaine action sur les surfaces, préliminairement à l'admission du virus. »

La syphilis siégait, selon Nisbet, dans le fluide lymphatique et muqueux, par la raison qu'il avait le plus d'affinité avec le virus, et qu'il était pour lui l'agent exclusif d'absorption. Le premier effet de l'empoisonnement était « une altération particulière de la puissance nerveuse ou de la vie de la partie, en conséquence de laquelle il se formait une sécrétion en rapport avec l'état du principe de vie existant. » Cette altération n'était pas peut-être parfaitement intelligible, mais en la traduisant par le mot *assimilation*, on en a toute la valeur, toute la portée. Cette opération de l'infection vénérienne était liée à différents phénomènes, dont le principal était une réaction spécifique à la partie primitivement contaminée. En effet, Nistet a parfaitement signalé « une dérivation exagérée des fluides vers la partie qui a reçu d'abord l'impression du virus; » il en résultait pour lui une *extravasation* de ces fluides, puis leur *stagnation*, leur *fermentation* et la formation du pus. Mais cette dernière circonstance n'était pas nécessaire pour qu'il y eût action, il suffisait de la production de l'état qui favorise le travail purulent.

Là se bornait l'action spécifique; il y avait en outre l'inflammation sympathique, embrassant toute la série des phénomènes de retentissement.

Nisbet avait admis une vérole locale et une vérole constitutionnelle : mais il avait fait un pas de plus, et un pas important, je crois, en faisant de la première une maladie aiguë, et en disant de la seconde qu'elle se rapprochait de la nature des maladies chroniques. A ce propos, notre auteur a avancé une proposition qui lui est propre, mais dont il ne faut pas le féliciter. C'est que « dans leurs divers états les différentes maladies vénériennes doivent être considérées en quelque façon comme indépendantes les unes des autres et ne tenant nullement entre elles, quant à leur traitement; ainsi, on peut guérir la gonorrhée sans toucher au chancre, la vérole sans que la gonorrhée disparaisse, et de là la nécessité de considérer ces affections comme autant de maladies séparées. »

Nisbet avait voulu enfin expliquer les prétendues véroles d'emblée par l'excessive légèreté dans certains cas des accidents primitifs, circonstance qui les avait fait passer inaperçus, et il avançait qu'alors il y avait plus de virulence dans la maladie constitutionnelle. On comprend la première de ces propositions, en songeant que l'auteur plaçait la spécificité d'action dans la simple dérivation des fluides vers la partie contaminée ; mais la seconde est purement imaginaire.

Nisbet ayant admis la distinction du siége pour expliquer la diversité des symptômes primitifs, n'a fait que reproduire au point de vue de la gonorrhée les idées émises par Hunter. Seulement, comme le système du chirurgien anglais avait soulevé de nombreuses objections, et entre autres celle qui paraissait résulter de la difficulté pour le virus d'être en contact avec l'urètre, Nisbet a cherché à expliquer ce phénomène alors très-important. Ainsi il disait : « La verge est composée d'une substance qui n'est point douée de forces musculaires très-considérables, particulièrement vers le gland ; et encore cette force diminue-t-elle beaucoup pendant l'érection par l'extension extrême qu'elle subit, en sorte que ses fibres ne prêtant pas suffisamment vers son extrémité pour aider à l'expulsion du fluide séminal, il reste quelque portion de semence vers l'orifice lorsque la verge s'affaisse ; cette portion est naturellement repompée par l'urètre, mêlée avec la matière virulen-

par ordre du roi, avec des végétaux, etc., Paris, 1789, in-4°.

(1) First lins of the theory and practice in venereal discase. Edimbourg et Londres, 1787.

te, etc. » Bien que purement hypothétique, cette proposition n'en a pas moins le mérite d'être ingénieuse et plausible.

Nisbet a soutenu l'identité, mais aux mêmes conditions que Hunter, c'est-à-dire en avouant que jamais la gonorrhée n'était suivie de vérole confirmée, si ce n'est (car il y exception partout) quand l'écoulement se compliquait d'érosion sur la muqueuse, cette brèche devenant alors une voie ouverte à l'absorption. Je l'ai déjà dit, soutenir l'identité à ce prix, c'était en faire trop bon marché et préparer le succès des opinions réactionnaires : remarquons aussi à propos de l'opinion de Nisbet quel air de famille on retrouve entre elle et la théorie du chancre larvé.

A propos du traitement, l'auteur écossais s'est écarté des errements de son illustre devancier : ainsi, bien mieux inspiré suivant moi que Hunter, il attachait une très-grande importance à la blennorrhagie. Il ne craignait pas de dire : « On ne saurait être trop rigoureux à l'égard des gonorrhéiques ; ils se forment tous sur leur maladie une idée de simplicité qui souvent leur a été funeste..... » En parlant ainsi, Nisbet faisait le procès à sa propre école, mais il semblait surtout prévoir les conséquences désastreuses que devait entraîner la théorie *du* double virus ! Quant au traitement lui-même, il était essentiellement local et reposait sur ce raisonnement : la maladie consiste dans la production d'une matière virulente qui tend sans cesse à se reproduire elle-même ; or, empêcher la formation de cette matière, c'est empêcher la maladie... donc, il suffit d'un traitement qui arrive à ce résultat. Nisbet préconisait les irritants et les astringents, c'est-à-dire tout ce qui, à des différences d'énergie près, pouvait stimuler les parties.

Une chose digne de remarque, c'est qu'à mesure que les syphilographes s'habituaient à l'idée de regarder la gonorrhée comme une inflammation purement locale, et plus ou moins bénigne, on les vit s'attacher à assombrir les tableaux qu'ils nous présentent des suites de cette maladie *inoffensive*, les décrire avec un soin minutieux, avec un intérêt toujours croissant, et, il faut le reconnaître, avec une perfection croissante aussi ! N'y a-t-il pas là un singulier rapprochement à faire, entre cet amoindrissement progressif du symptôme principal d'une part, et l'extension indéfinie que, de l'autre, prenaient ses complications et ses conséquences ? N'y a-t-il pas déjà contradiction.... ? Quoi qu'il en soit, Nisbet a donné comme ses prédécesseurs une assez large place à ce point bien intéressant d'ailleurs de la syphilographie. Ainsi, il a évidemment traité avec un soin tout particulier l'orchite blennorrhagique, très-vaguement décrite jusque-là par les auteurs. Recherchant la nature de ce phénomène, il a rejeté la vieille théorie de la métastase virulente, et il disait : « Le virus vénérien, nous osons l'affirmer, ne quitte jamais son siége primitif, quand il est une fois déposé sur l'urètre, à moins qu'il ne survienne ulcération ; et les symptômes d'irritation qui se manifestent sont un pur effet de l'augmentation de l'inflammation dont est attaquée la partie primitivement affectée.... » On voit que Nisbet admettait simplement les idées de Hunter sur la sympathie ; mais si l'inflammation est spécifique, elle ne cesse pas de l'être en s'étendant, et ce n'était vraiment pas la peine de la substituer à la métastase, puisque ce n'était au fond que changer les mots. Mais, chose étrange, les mêmes hommes qui niaient la possibilité des pérégrinations métastatiques du virus, transporté de l'urètre au testicule, admettaient sans scrupule ces mêmes métastases pour expliquer l'opthalmie et même la surdité comme suites de blennorrhagie : il est vrai que Nisbet ajoutait la restriction de l'extrême rareté.... En admettant la restriction comme absolument juste, le fait reste avec l'explication, et sans prétendre défendre ici le système des métastates comme l'entendait Astruc, il faut bien reconnaître qu'il n'était que médiocrement ébranlé par la théorie des retentissements sympathiques ou de l'expansion inflammatoire qu'avait imaginée Hunter.

Les partisans de l'identité tenaient surtout à la différence des tissus affectés pour repousser le terrible argument de la diversité des symptômes : on eût dit que pour eux toute la question était là. Ainsi Nisbet a particulièrement insisté sur ce point. Selon lui, et dans les données qu'il acceptait, l'irritation devait en général produire une matière qui noyait et enlevait la cause irritante. Dans la gonorrhée, les surfaces sécrétoires étant seules attaquées, la matière affluait d'elle-même ; mais quand l'irritation agissait sur des parties non sécrétantes

il fallait, pour que ce phénomène eût lieu, un changement dans l'organisation de la partie. Ce changement constituait pour Nisbet, et indépendant de tout caractère de forme, ce qu'on appelle le chancre. Aussi il en admettait sans aucune lésion apparente, si ce n'est un simple gonflement en forme de corde.... C'était le chancre lymphatique.

Pour. le chancre, l'infection avait lieu pendant la coïtion même, et par suite de la turgence et du frottement des parties qui disposaient alors à l'absorption; ces circonstances expliquaient suffisamment la possibilité de chancres sur la peau saine. Ces considérations sont à peu près les seules que doive nous suggérer l'histoire du chancre, telle que nous la trouvons dans l'auteur écossais. Seulement nous remarquerons à propos du traitement qu'il semblait repousser absolument les moyens internes, même quand il y avait probabilité d'absorption : il se fondait alors sur ce que le mercure aurait bien eu la faculté d'agir sur la disposition vénérienne déclarée, mais qu'il n'avait aucun effet sur le virus existant dans la masse générale, mais n'ayant pas encore produit ses effets particuliers.... Cette proposition, d'ailleurs présentée vaguement et sans faits à l'appui, ne paraissait pas bien évidente à l'auteur, puisque quelques lignes plus bas il s'est hâté de se contredire en avançant qu'il fallait recourir à l'usage interne du mercure dans les cas, chez les femmes par exemple, où les applications topiques pourraient difficilement atteindre l'ulcération.

Nisbet s'est occupé aussi des suites du chancre, mais dans cette partie nous ne citerons qu'une proposition à peine percevable, bien qu'elle ait une assez grande importance, puisqu'elle a été évidemment reproduite depuis, pour expliquer certains faits embarrassants. A propos des excroissances qui surviennent après le chancre, Nisbet dit « qu'on doit toujours les regarder comme une terminaison imparfaite de la maladie locale. »

Au point de vue du bubon, nous ne signalons dans le livre qui nous occupe que la reproduction exacte des idées de Hunter; nous n'y reviendrons pas. Quant aux opinions de Nisbet sur la vérole constitutionnelle, nous les connaissons pour la plupart. Seulement nous devrons faire observer qu'il combattit vivement la doctrine des maladies vénériennes larvées, prétendant que la constitution n'était jamais affectée, tant qu'il n'y avait pas effet local de la maladie, que celle-ci n'était constituée que par l'influence du virus sur un lieu particulier; d'où il suivait qu'en supposant une insensibilité constante des parties à l'action de ce virus, il ne devait résulter aucun effet de son introduction dans le système. Sans doute les fauteurs de la syphilis larvée avaient été beaucoup trop loin, mais la doctrine de Nisbet, si rassurante d'ailleurs pour l'humanité, était-elle très-rigoureusement vraie?

Je ne dirai rien de la théorie de l'assimilation appliquée à l'infection générale et progressive, de ses sympathies morbifiques entre les parties génitales et certains organes, ni des diverses descriptions auxquelles il se livre à propos des phénomènes constitutionnels; quant au traitement, il s'était borné à copier Hunter, et quant au choix du mercure, et quant à son mode d'action, et quant à la méthode de traitement. Nous devrons remarquer cependant que Nisbet a insisté, avec raison, je crois, sur la nécessité et l'avantage de l'administration de l'opium avant le traitement mercuriel, dans le cas où la santé était assez profondément atteinte.

Depuis longtemps déjà on avait émis sur la nature des écoulements vénériens des opinions qui avaient préparé peu à peu les voies aux doctrines réactionnaires. Ainsi, et pour remonter à Fallope, l'invention de la *gonorrhée virulente*, théorie reprise et commentée par Astruc; depuis, l'aveu devenu général de la non-existence des symptômes de *vérole* après les écoulements même virulents; l'opinion si largement accréditée de la localisation constante de la blennorrhagie; enfin, le rejet absolu du traitement mercuriel dans la gonorrhée, rejet érigé en principe, tout, en un mot, depuis deux siècles, tendait à faire de cette affection une maladie à part, et devait conduire fatalement au démembrement du type syphilitique. Ainsi, après Vanswieten, Arnaud et un chirurgien irlandais nommé Balfour avaient comparé la gonorrhée au coryza : de cette doctrine à la négation de sa nature spéciale, il n'y avait pas loin. Tode (1), célèbre professeur de Copenhague, écrivit

(1) Fabre, von der erkenntniss und kür der venerischen krankheiten, aus dem franzos übersetzt, mit Anmerkunzen; Copenaghe, 1777.

le premier ouvrage sérieux sur la non-identité, et prétendit prouver que la gonorrhée n'était pas un symptôme syphilitique. Cette opinion fut rudement attaquée en Allemagne, et l'opposition qu'elle souleva fut si vive, que ses adversaires ne rougirent pas de descendre aux injures. Frédéric Hoffmann, médecin d'Altembourg, alla jusqu'à accuser Tode de rechercher la gloire au même prix que les Cartouche et les Érostrate (1). La doctrine nouvelle ne valait certainement pas toute cette colère, et Baldinger, (2) qui la traitait de vaine hypothèse, aurait dû s'en tenir à cette sage appréciation, sans applaudir aux sarcasmes peu scientifiques d'Hoffmann. Ces persécutions ne firent sans doute que venir en aide aux progrès de la réaction, et B. Bell, lui prêtant quinze ans plus tard l'autorité de son nom, la rendit si célèbre, qu'elle se personnifia pour ainsi dire en lui : aussi, ne parlerai-je ici que de l'auteur anglais. D'ailleurs je n'ai pas l'intention de discuter cette théorie de la non-identité : le plan que je me suis tracé ne me le permet pas, et je n'en donnerai qu'une analyse assez courte, car elle repose sur un très-petit nombre d'arguments.

B. Bell (3) s'est fondé en principe sur ce que la gonorrhée guérissait sans mercure, car les dangers des grands remèdes étaient, comme je l'ai déjà dit, le principal argument des réactionnaires ; mais Bell ne tenait pas beaucoup à cette preuve, et il a bien autrement insisté sur ce que l'on admettait généralement que la gonorrhée n'était jamais suivie des symptômes de la vérole. Là, en effet, était toute la question. Si l'écoulement gonorrhéique pouvait déterminer la vérole, il devait s'ensuivre que la gonorrhée pouvait communiquer un chancre et réciproquement. Bell a soutenu que cela n'avait pas généralement lieu, mais comme il existait des exceptions, il les a expliquées (pour les cas de chancres et de blennorrhagie concomitants par exemple) en disant que la gonorrhée avait été gagnée d'une personne atteinte de cette maladie, et que le chancre avait été communiqué par un individu atteint seulement de chancre. Mais ce n'était pas tout : il existait des cas où évidemment la vérole avait eu pour unique antécédent la gonorrhée : Bell a expliqué ces faits douteux en disant que le virus syphilitique avait dû être communiqué, soit pendant que la gonorrhée existait déjà, et par un autre coït, soit en même temps que la gonorrhée, mais à une source essentiellement chancreuse, et il disait, pour rendre toute objection impossible, que le virus syphilitique pouvait être absorbé sans qu'il y eût ulcération ou même excoriation. Ainsi, Bell aimait mieux admettre comme chose commune le fait si rare de la syphilis d'emblée, que de reconnaître à la gonorrhée la faculté de produire la vérole. On voit d'ailleurs se manifester tout d'abord, et avec la théorie du double virus, le système des hypothèses, système commode, largement exploité depuis, et qui ferme toute voie à la contradiction.

Bell faisait intervenir ensuite la plus grande fréquence de la gonorrhée, comparativement au chancre, quand le contraire devrait avoir lieu, puisque les parties externes de la verge sont les plus exposées au contact de la matière virulente : cela était une réponse à Hunter, qui avait admis la variabilité des symptômes, selon la différence des tissus affectés ; mais l'argument n'a qu'une valeur spécieuse, puisque si cette différence doit être inexplicable, elle ne prouve plus rien. L'auteur écossais a été moins heureux encore, quand il a voulu réfuter l'objection tirée par Hunter de la succession du chancre à la gonorrhée et *vice versa*, sans cause nouvelle d'infection. Il a dit d'abord que le fait était rare ; mais la rareté n'est pas un argument ; ensuite il a imaginé de dire que, bien que paraissant successivement, les deux maladies avaient pu être communiquées ensemble par une personne doublement infectée, que l'époque d'apparition, si éloignée qu'elle fût, ne signifiait rien, puisque l'incubation pour ces maladies pouvait être de deux à trois mois. Cela était logique, mais alors comment comprendre la localisation ? Il ajoutait enfin que l'on avait pu prendre pour des chancres les excoriations produites quelquefois par l'âcreté de l'écoulement gonorrhéique ; mais ce dernier argument devait n'avoir que très-peu de force dans une réponse à Hunter.

Les ophthalmies par suite de métastates gonorrhéiques pouvaient être très-embar-

(1) Commentatio de Gonorrhœæ virulentæ indole vere venereæ. Ienæ, 1778.

(2) Gonorrhœæ ab amore meretricio vires venereum defensum, 1778.

(3) Treatise on Gonorrhœa virulenta and lues venerea. Edimbourg, 1793.

rassantes : Bell a admis ces métastates ; il a reconnu qu'elles avaient lieu par la circulation et conséquemment par l'absorption ; cependant la constitution n'était jamais affectée, et la gonorrhée virulente restait toujours une maladie locale ; voilà certes une étrange intelligence des phénomènes métastiques, et de la localisation des virus !

Bell a ensuite répondu aux preuves que Hunter avait cru devoir tirer de l'inoculation, tout en reconnaissant que sur ce point les expériences étaient trop difficiles pour qu'on pût espérer une solution satisfaisante. Il a cité des faits bien connus d'ailleurs, qui tendaient à démontrer que l'inoculation de la matière gonorrhéique n'avait jamais rien produit, *que des ulcères légers, qui guérirent sans mercure*, et que l'inoculation du chancre produisait seule le chancre.

Bell a argumenté aussi sur la différence d'époque d'apparition, s'étayant de l'autorité d'Astruc ; mais nous savons que cette autorité était sur ce point peu concluante. Il s'est fondé en outre sur ce que le sibbens ou yaws d'Écosse n'avait jamais produit la gonorrhée ; mais il est vrai de dire qu'il est loin d'être prouvé par les descriptions du chirurgien écossais, que ce sibbens soit la même maladie que la syphilis.

Enfin, il s'est fondé sur la différence du traitement exigé par les deux maladies. On sait, en effet, que le point de départ du système de la non-identité gisait, pour un grand nombre de praticiens, dans l'inutilité ou même les dangers du traitement mercuriel pour la gonorrhée ; mais cette opinion ne constituait pas une preuve, puisque l'on sait aujourd'hui que tous les symptômes, et surtout les symptômes primitifs, peuvent disparaître sans mercure.

En résumé, le seul point important alors comme aujourd'hui était de savoir si la gonorrhée est comme le chancre, suivie des symptômes secondaires de la syphilis ; or, cette question ne pouvait pas être, et est loin d'avoir été résolue par Bell, qui n'a pu que l'indiquer. Cela lui était bien facile ; il avait trouvé son argument tout fait dans les syphilographes distingués d'ailleurs qui avaient érigé en principe cette funeste erreur. D'un autre côté, la réaction avait planté son drapeau ; nous la retrouverons bientôt avec ses mêmes arguments et ses mêmes hypothèses.

Quoi qu'il en soit, Bell admettait deux virus distincts : le virus gonorrhéique et le virus syphilitique. A l'influence du premier se rapportaient tous les écoulements causés par un commerce impur. Mais Bell ne dit pas ce que c'était que ce commerce impur : si la virulence consistait dans l'impureté, etc. ; tout cela méritait cependant quelques considérations. Plus loin il fait observer que la gonorrhée est toujours l'effet de l'irritation ; mais cela est bien vague et ce n'était pas la peine d'imaginer un virus, puisque l'on devait admettre une gonorrhée simple, résultat aussi de l'irritation.

Quoi qu'il en soit, après avoir signalé parfaitement l'incubation, Bell a décrit, après Boerhaave, les quatre espèces de gonorrhée, suivant la doctrine des quatre siéges et réclamant quatre espèces de traitement, qui embrassaient tous les antiphlogistiques, les injections, les opiacés, etc. Le point capital était le rejet absolu du mercure. Il a énuméré ensuite tous ces accidents sans nombre qui faisaient de la gonorrhée, même non syphilitique, une maladie si grave ; le suintement habituel qu'il attribuait dans la plupart des cas à un état de faiblesse et de relâchement des parties affectées, et qui n'était pas contagieux ; les pertes séminales, les embarras de l'urètre, les rétrécissements, le gonflement des testicules, les engorgements sympathiques et les bubons gonorrhéiques, qu'il attribuait aussi à la progression de l'inflammation.

Bell a enfin décrit la gonorrhée simple, et énuméré toutes les causes d'*irritation* de l'urètre qui peuvent la produire. Mais si la gonorrhée devait toujours être le résultat de l'irritation, pourquoi en avoir admis deux espèces ? Le virus gonorrhéique joue ici un fort triste rôle.

Au virus syphilitique se rapportaient le chancre, le bubon et la vérole constitutionnelle.

Bell croyait, sans citer de preuves à l'appui de son opinion, que la syphilis avait existé de tout temps, qu'elle était connue des Grecs et des Romains ; il admettait la contagion par application directe de la matière virulente et par hérédité. Il croyait, contrairement à la doctrine de Hunter, que le lait pouvait servir de véhicule au virus. Quoi qu'il en soit, le chirurgien écossais avait soumis la marche de la maladie vénérienne à un ordre constant qui ne pouvait

être interverti que par des modifications apportées par le traitement ; ainsi, le chancre d'abord, et après lui successivement le bubon, les ulcérations de la gorge, de la bouche, du nez, les éruptions, les ulcères secondaires, les affections des os, le testicule syphilitique, l'alopécie, la cécité, la surdité. C'est dans cet ordre aussi qu'il a décrit ces divers symptômes.

Bell a donné, même après Hunter, une bonne description du chancre ; il a parfaitement établi le diagnostic sans recourir à l'induration, caractère sans importance pour lui. A propos des variétés, il supposait que le caractère phagédénique de certains chancres devait être expliqué par une différence dans la nature du virus. Cette explication n'est certainement pas faite pour donner une haute idée de la manière dont Bell comprenait l'infection virulente.

Après avoir signalé l'incubation souvent très-longue (de deux mois par exemple), Bell a conclu que le chancre était une maladie locale.

Nous connaissons trop la théorie de l'absorption progressive et du bubon, pour y revenir ici. Sur ce point, Bell s'était complétement soumis à l'usage ; pour prouver que le bubon d'absorption était un phénomène local, il dit : « Quand il y a des chancres sur la verge, c'est communément le côté de l'aine correspondant à ces chancres qui s'engorge. Quand le chancre est situé sur le frein ou sur toute autre partie mitoyenne, les glandes sont souvent engorgées des deux côtés ; quand, au contraire, le chancre est borné à un côté de la verge, les glandes de l'aine opposée s'obstruent rarement ; » et un peu plus loin, il ajoute : « J'ai vu dans le même temps quatre bubons séparés d'un côté et trois de l'autre ; mais alors la verge était presque couverte de chancres. » En acceptant ces observations comme vraies, serait-il démontré que le bubon est une maladie locale ? J'avoue que je ne le crois pas.

Les syphilographes qui admettaient la localisation étaient très-embarrassés pour expliquer comment il n'y avait pas autant de bubons que de glandes, comment il n'y en avait pas indéfiniment ; les uns supposaient que la syphilis était de nature à affecter seulement les parties les plus externes ; les autres que le gonflement des premières glandes devenait un obstacle même à l'absorption. Bell soutint cette dernière hypothèse et ajouta que d'ailleurs le virus absorbé se délayait de plus en plus en perdant d'autant de sa virulence, et conséquemment de la faculté d'engendrer des obstructions. Tout cela n'était pas plus concluant qu'ingénieux.

Après avoir répété que le chancre et le bubon étaient des affections locales, Bell regardait comme une pratique hasardée celle qui les combattait uniquement par des moyens locaux. Cette proposition n'est guère logique, du moins absolument parlant, mais elle est si juste en dehors de toute hypothèse, que nous devons louer le chirurgien écossais de l'avoir émise au risque de se contredire, et d'avoir ajouté qu'il valait mieux traiter le chancre et le bubon comme s'ils faisaient partie de la maladie constitutionnelle.

Bell a très-bien décrit l'ulcération de la gorge, qui, suivant lui, se développait d'autant plus rapidement qu'il n'y avait pas eu d'engorgement de l'aine : il a surtout très-bien signalé la rougeur inflammatoire existant à la gorge sans ulcération, ou affectant une couleur de cuivre foncée, et accompagnée de douleurs vives.

Après les descriptions des ulcères de la bouche et du nez, on cherche en vain cette affection de la pituitaire si bien signalée par Musitano. Quant aux pustules vénériennes, il ne faut donner à ce mot qu'une valeur très-indéterminée, bien que Bell se soit occupé avec assez de soin des éruptions syphilitiques ; mais il manquait de méthode et surtout d'éléments de diagnostic ; aussi n'a-t-il présenté sur ce point que des considérations très-imparfaites. Il suppose qu'elles commencent constamment par des taches, accompagnées de desquammation ; puis il surviendrait des croûtes ou *gales*, auxquelles succéderaient des ulcérations secondaires. On attachait alors si peu de précision au mot *pustules* que Bell disait à propos des éruptions syphilitiques : « Ces pustules rouges (il voulait dire les taches) sont quelquefois entièrement recouvertes de très-petits boutons tout remplis de pus...... » Après avoir signalé le chapelet (*corona veneris*) et l'onyxis, il s'est occupé du diagnostic de ces pustules. Il les a surtout distinguées de la *dartre miliaire*, qu'il avait décrite dans son traité des ulcères, mais il faut bien reconnaître que tout ce qu'il dit à ce sujet est peu significatif, quoiqu'il ait ajouté qu'il ne connaissait pas d'autre éruption qu'il ne fût aisé de distinguer des pustules vénériennes.

Il est évident que B. Bell n'a voulu parler que de la syphilide ulcéreuse, puisqu'il dit à propos des ulcères secondaires qu'ils sont toujours précédés de pustules. Après avoir dit que ces ulcères n'étaient jamais modifiés que par le traitement mercuriel, il reconnaissait aussi qu'ils étaient d'autant plus intenses et rebelles qu'ils se manifestaient chez un malade ou scorbutique ou écrouelleux.

Après les affections du système osseux, Bell a décrit avec beaucoup de soin la tumeur *syphilitique* du testicule. Avant lui, on ne s'était guère occupé que de l'orchite blennorrhagique; mais répondant à quelques médecins, et entre autres à Hunter, qui prétendaient que l'orchite n'était jamais une affection vénérienne, il dit qu'il a vu plusieurs exemples de gonflement des testicules, *causé par la maladie seule du système*. Il a d'ailleurs apporté un grand soin à distinguer cette tumeur de l'orchite gonorrhéique: ainsi il a signalé l'absence de douleur, et quand elle existe, « elle est si sourde et si peu sensible, dit-il, qu'on serait tenté de l'attribuer à l'augmentation de volume et à la pesanteur du testicule. » Contrairement à ce qui arrive dans l'orchite gonorrhéique, où l'épidydime serait affecté le premier, Bell dit que dans la tumeur vénérienne le corps même du testicule est d'abord affecté, et que le gonflement ne gagne que secondairement l'épidydime. Il ajoute que dans ce dernier cas le scrotum n'est que rarement attaqué, qu'ainsi on peut manier hardiment le testicule sans qu'il en résulte de douleur pour le malade. Enfin, il se fonde sur la délimitation de la douleur et sur la lenteur avec laquelle se développe la tumeur, circonstances que l'on ne retrouve pas dans l'orchite blennorrhagique.

Il a de plus établi le diagnostic de cette tumeur avec le squirrhe du testicule, et il l'a fait avec beaucoup de soin; il semble d'ailleurs regarder comme un fait rare la suppuration à la suite de ce gonflement chronique. Ajoutons qu'il regardait le traitement mercuriel comme aussi nécessaire qu'efficace dans ce cas.

Après le testicule vénérien viennent l'alopecie, la cécité, la goutte sereine, la surdité, et même l'éléphantiasis (des Arabes sans doute) fixé soit aux extrémités, soit au scrotum, et caractérisé par un gonflement souvent énorme, et des dégénérescences ulcéreuses. Il est permis de croire que Bell s'est trompé sur ce dernier point; je n'insisterai pas d'ailleurs sur ces symptômes, pas plus que sur les anxiétés générales, la fièvre hectique, le marasme qui se rapportent à la cachexie.

Bell croyait à l'impossibilité de connaître la véritable nature du virus syphilitique: en cela il avait raison, je crois, mais il n'avait pas besoin d'ajouter que c'était par suite de l'impossibilité absolue de s'en procurer à l'état simple; « il est tellement mêlé, dit-il, avec le mucus ou le pus, le sang ou le sérum, et nous connaissons si peu les caractères extérieurs qui lui sont propres, que nous ne pouvons le distinguer... » N'est-ce pas une étrange naïveté pour un homme aussi distingué d'ailleurs que B. Bell!..... Par suite de cette impossibilité, il s'est occupé seulement de rechercher si le virus attaquait les fluides ou les solides, s'il pouvait rester à l'état de latence, si à cet état il pouvait y avoir encore contagion. Sur le premier point, il disait que toute maladie constitutionnelle influait sur la généralité du système, que dès lors la syphilis attaquait les solides aussi bien que les fluides, bien que ceux-ci subissent les premiers l'influence vénérienne. Quant au mode d'action du virus, Bell avait adopté complétement l'hypothèse de l'assimilation.

On sait que la discussion sur l'infection des fluides avait à cette époque une très-grande importance. Hunter avait nié positivement que le sang pût être infecté, et il disait que s'il en était autrement, toute plaie devrait dégénérer en ulcère chancreux. Bell soutint à l'appui de son opinion que le fait supposé par Hunter n'était pas impossible, comme il le pensait: il citait des cas où des morsures de sangsues s'étaient converties en chancres. Mais le point important de cette discussion portait sur l'hérédité, impossible d'après les opinions de Hunter, possible au contraire d'après la théorie de Bell. En effet, ce dernier admettait la transmission héréditaire de la syphilis même constitutionnelle; et dans ce cas l'infection avait lieu, quand c'était du fait de la mère, par le sang; par le sperme, quand c'était le fait du père. Sur ce point très-intéressant, je n'hésite pas à dire que la raison était du côté du chirurgien écossais.

Pour Bell l'infection avait lieu d'abord par le sang, et il se servait de cette propo-

sition pour expliquer l'état de latence du virus, qui pouvait rester plus ou moins longtemps sans effet, selon la plus ou moins grande disposition du sang à subir l'influence syphilitique. Il doutait d'ailleurs de la possibilité de transmettre l'infection à cet état particulier.

La maladie vénérienne exigeait pour Bell le traitement mercuriel.

Les syphilographes s'étaient demandé tour à tour comment agissait le mercure; Bell réfuta tous les systèmes, y compris celui de l'irritation, mis en avant par Hunter, et il conclut que le mercure agissait comme antitode. Cette théorie était aussi simple que commode, et elle a conduit son auteur à une supposition assez singulière qu'il faut noter en passant. Sa doctrine de l'infection du sang l'obligeait à expliquer comment une quantité, souvent petite, de mercure suffisait pour influer sur la masse générale; à ce propos, notre auteur disait: « La plus petite parcelle du virus suffit, comme on sait, pour produire la maladie; il est en conséquence aussi naturel de croire qu'elle peut être guérie par une dose très-médiocre d'un remède quelconque, qui guérit comme antidote d'un virus. » De toutes les méthodes d'administrer le mercure, il préférait d'ailleurs l'emploi à l'extérieur, et il s'était arrêté à un terme moyen entre l'ancienne méthode dite de la salivation, et celle que l'école de Montpellier avait mise en vogue sous le nom de méthode par extinction. Il n'hésitait pas à considérer ce traitement comme certain, pourvu qu'il n'y eût pas de complication scrofuleuse ou scorbutique. Regardant la cautérisation d'emblée comme une pratique dangereuse dans le traitement du chancre, il l'employait cependant, mais en la faisant précéder pendant six, huit ou dix jours, d'un traitement mercuriel. Quant au bubon, il préférait la résolution par la méthode de Hunter; mais quand elle était impossible, il recourait à l'incision sans attendre que la suppuration s'établît d'elle-même. Il n'hésitait pas à combattre les ulcérations secondaires par les caustiques dirigés hardiment, et surtout par le nitrate d'argent. Il est bien entendu que ces moyens n'étaient que les auxiliaires du traitement mercuriel, en y joignant le gaïac, la salsepareille, et tout le cortége des sudorifiques.

Bell a présenté sur les maladies vénériennes des enfants quelques considérations pleines d'intérêt. Comparant l'hérédité de la syphilis à celle que l'on observe pour la phthisie, la goutte, etc., il croit qu'elle a pu exister dans certaines familles jusqu'à ce que le père ou la mère ait fait un traitement complet. Il pensait d'ailleurs que la transmission de la syphilis pouvait avoir lieu sans que le père ou la mère présentât actuellement des signes de la maladie. Il disait encore que la vérole constitutionnelle pouvait à cet état être la cause d'un grand nombre d'avortements. Ces propositions accusent un grand esprit d'observation, et font regretter qu'un esprit aussi éminent se fût mis au service de la funeste théorie de la non-identité.

Bell conseillait d'ailleurs le traitement mercuriel pour les enfants infectés, et préconisait dans ces cas le calomel. Il n'hésitait pas non plus à administrer le mercure aux femmes enceintes.

Il me reste à dire que, pour compléter l'histoire de la syphilis, B. Bell croyait que le virus pouvait, en séjournant longtemps dans le corps, produire un dérangement général et des affections organiques particulières. Il cite entre autres la phthisie, l'asthme, le rhumatisme, l'hydropisie, le mal de tête, l'épilepsie et la manie. On voit que la doctrine de Sanchez avait conquis des prosélytes, même dans les régions les plus élevées de la science.

Si nous faisons un instant abstraction de la théorie du double virus, que je ne veux pas discuter ici, il faudra reconnaître que, même après le livre de Hunter, l'œuvre de B. Bell est une des plus remarquables qu'ait inspirées l'histoire de la syphilis.

Swediaur (Schwediauer) était déjà connu dès 1784 par ses écrits sur la maladie vénérienne (1) publiés en Angleterre. Syphilographe cosmopolite, il avait parcouru presque toute l'Eupe pour étudier la syphilis, et il a publié enfin dans les dernières années du 18e siècle un traité (2) qui résume tout ce qu'il avait recueilli sur cette vaste matière. Il avait acquis de son vivant une grande célébrité, que je ne voudrais

(1) Practical observations on the more obstinate and inveterate venereal complaints. Londres, 1784. Practical observations on venereal complaints. The thirt edition corrected and enlarged tho wich are added. Edimbourg, 1788.

(2) Traité complet sur les symptômes, les effets, la nature et le traitement des maladies syphilitiques. Paris, 2 vol., 1798.

pas tenter d'affaiblir, bien qu'elle fût peut-être au-dessus du mérite réel de cet écrivain.

On doit à Swediaur d'importantes modifications dans la technologie syphilitique. Le premier il rejeta absolument la dénomination de vénériennes, appliquée aux maladies dont il écrivait l'histoire, et donna au mot syphilis la valeur exclusive qu'il a aujourd'hui; il créa le nom de blennorrhagie, qu'il substitua au terme impropre de gonorrhée, employé jusqu'à lui pour désigner les écoulements virulents; il rejeta aussi le mot chancre, qu'il remplaça par celui d'ulcère syphilitique, changement que l'usage n'a pas sanctionné.

Swediaur considérait la nature de la syphilis comme un mystère impénétrable, qu'il n'essaya pas de dévoiler. Quant au virus, il croyait qu'il agissait par assimilation, et qu'il attaquait la partie mucilagineuse et la partie gélatineuse du sang, puis les solides qui en abondent, proposition qui ne constituait, après tant d'autres suppositions, qu'une hypothèse sans fondement et sans utilité. Ce qui est plus important à noter, c'est que Swediaur semblerait avoir apprécié la véritable valeur de l'incubation, quand il dit : « Lorsque ce virus a été appliqué au corps humain, il lui faut, comme aux autres contagions, un certain intervalle de temps pour produire cette fermentation, si je puis me servir de ce terme, qui détermine la maladie. » Je n'en veux pas conclure que cet auteur s'était affranchi de la vieille doctrine de la localisation, mais j'ai dû citer cette proposition, bien que Swediaur n'ait songé à en déduire aucune conséquence. Il admettait que le virus pouvait subir d'importantes modifications, et être dans quelques cas d'une nature plus ou moins âcre, plus ou moins irritante, et il ne trouvait pas d'autre moyen d'expliquer la différence de gravité dans les symptômes de la syphilis.

Swediaur semble enfin s'être rendu à l'opinion si contestée de l'antiquité absolue de la syphilis; ainsi, il reconnaissait que les livres anciens contenaient des descriptions exactes de plusieurs maladies semblables à celles que produit le virus syphilitique : il a d'ailleurs cherché à prouver l'identité de la syphilis avec le feu persan des Indiens, avec le mal de la baie de Saint-Paul, avec le yaws, etc.

Swediaur entendait par blennorrhagie, un écoulement de matière puriforme, produit par une cause irritante quelconque (toujours la théorie de l'irritation). Quand cette cause procédait du virus de la syphilis, la blennorrhagie était syphilitique; quand elle procédait d'une nature non spéciale, il y avait blennorrhagie simple. Dans le premier cas, le virus, agissant comme toute substance âcre, irritait la muqueuse et en altérait la sécrétion. Quelquefois même il pouvait produire un véritable ulcère, mais alors la matière ou le mucus qui s'écoulait par l'effet de l'irritation, participait toujours de la nature même du virus, et conséquemment était contagieux. On voit que Swediaur soutenait l'identité de la blennorrhagie et de la syphilis. Il croyait en effet que les écoulements syphilitiques pouvaient être suivis des symptômes d'infection générale; il est vrai de dire aussi qu'il regardait avec tout son siècle cette circonstance comme très-rare, restriction qui peut diminuer, mais sans la détruire, la valeur de son opposition aux idées de l'école anglaise. Il cite entre autres faits un cas recueilli sur lui-même, et qui ne permet pas le moindre doute quant à la proposition qu'il soutenait. Il croyait aussi que la blennorrhagie pouvait produire le chancre et réciproquement; et enfin, il en concluait qu'il était souvent utile d'employer le mercure contre les écoulements syphilitiques, même non compliqués d'ulcères.

Swediaur avait cru devoir prendre le milieu entre l'école anglaise, qui niait la nature syphilitique de tout écoulement, et l'école française, qui soutenait, du moins en grande partie, une doctrine tout à fait opposée. De là la théorie de la blennorrhagie simple, étayée surtout sur cette fameuse expérience par laquelle il se donna une chaude-pisse à l'aide d'une injection d'ammoniaque. Hunter avait signalé aussi la possibilité des écoulements simples, mais il y avait ajouté une observation d'une grande valeur, c'est qu'ils se présentaient surtout chez les individus précédemment affectés de gonorrhée virulente.

Swediaur, non content d'avoir inventé la blennorrhagie simple, l'a subdivisée en plusieurs espèces : la blennorrhagie arthritique, la blennorrhagie herpétique ou lépreuse, la blennorrhagie mécanique, etc., mais tout cela est de la fantaisie pure. En dehors de cette division il décrivait la *blen-*

norrhée ou blennorrhagie habituelle, et enfin, la *gonnorrhée* ou le flux de semence.

Le traitement de la blennorrhagie syphilitique est présenté par Swediaur avec beaucoup de détails et de méthode. Il semble avoir adopté de préférence et pour la généralité des cas la méthode antiphlogistique. Il conseillait cependant le traitement mercuriel quand l'écoulement avait été accompagné de symptômes violents et opiniâtres, parce qu'il y aurait eu alors danger d'infection générale.

Nous connaissons trop les suites de la blennorrhagie pour analyser ce qu'en a dit Swediaur, qui n'a d'ailleurs rien ajouté à leur histoire, si ce n'est que la dysurie et l'ischurie étaient inconnues des anciens, et que le gonflement de la glande prostate devait constituer le *prostatocèle.*

Nous savons que Swediaur avait changé le nom de chancres en celui d'ulcères syphilitiques, dénomination évidemment plus précise ; il les divisa en primitifs et secondaires. La description et le diagnostic de ces ulcères ne devaient plus laisser désormais rien à désirer ; mais il faut bien reconnaître que Swediaur est un des syphilographes qui ont le plus contribué à leur donner la précision qu'ils ont aujourd'hui. D'un autre côté, il admettait pour expliquer la différence d'intensité des ulcérations syphilitiques, des différences d'énergie du virus; et de plus il croyait qu'il pouvait exister des chancres simples, dus à des principes acrimonieux qui ne participaient pas de la syphilis. Cette doctrine, présentée d'une manière trop large, est étayée de raisonnements peu concluants, et de faits moins concluants encore : ainsi, il parle d'un chirurgien qui aurait contracté un ulcère très-opiniâtre, mais simple, en pansant une femme atteinte d'un *écoulement cancéreux.*

Le traitement du chancre est exposé avec ce grand esprit pratique auquel Swediaur dut surtout sa célébrité. Rejetant la cautérisation, même au début, il conseillait les applications topiques mercurielles, aidées de l'emploi approprié du mercure à l'intérieur. Le topique qu'il préférait était le muriate de mercure.

Swediaur admettait d'abord deux espèces de bubon : le bubon idiopathique, quand la cause du bubon, c'est-à-dire le virus absorbé, gisait dans la glande même; le bubon sympathique, quand la cause était hors de la glande, c'est-à-dire simplement à l'orifice des vaisseaux lymphatiques. Suivant ensuite l'époque de l'apparition du bubon, il y avait le bubon primitif ou originaire, le bubon secondaire ou constitutionnel ; il admettait enfin le bubon tonique et le bubon atonique, selon qu'il y avait ou qu'il n'y avait pas des phénomènes d'inflammation. Quoi qu'il en soit de ces divisions, Swediaur conseillait dans tous les cas de tenter la résolution par des frictions faites non pas sur la glande, mais sur la cuisse ou sur la jambe du même côté. Quand la résolution n'était plus possible, il fallait aider le travail de suppuration ; mais, contrairement à l'opinion de Bell, notre auteur considérait l'incision comme irrationnelle et inutile. Il est inutile de dire que le traitement du bubon suppuré était essentiellement mercuriel.

La syphilis constituait pour Swediaur ce que les contemporains appelaient la vérole, c'est-à-dire l'infection constitutionnelle. Il s'est beaucoup occupé des modes de contagion : il croyait à la possibilité de la syphilis d'emblée, à la transmission héréditaire de l'infection et sans qu'il y eût de traces actuelles de maladie, mais du fait du père seulement et par la semence ; il pensait enfin qu'un homme, par exemple, pouvait enlever par le coït le virus déposé antérieurement, mais sans avoir encore agi, dans les parties génitales d'une femme, de telle sorte que celui-là devenait malade, tandis que celle-ci qui l'avait infecté restait saine.

Swediaur a décrit ensuite les effets de l'infection générale et sans reconnaître l'ordre admis par Hunter ; dans cette partie de son ouvrage, cet écrivain est évidemment très-inférieur aux traités dont nous nous sommes précédemment occupés. Les descriptions sont présentées sans ordre et sans précision : ce qu'il dit des éruptions humides, sèches, furfureuses, des ulcérations de la gorge, du nez, etc., rappelle involontairement les expositions brillantes mais peu substantielles d'Astruc. A propos des éruptions, il fait intervenir l'éléphantiasis, la teigne, la mentagre,..... c'est un véritable chaos.

Swediaur préconisait le traitement mercuriel, et il nous suffira de dire qu'il avait adopté la méthode par extinction, dominante de son temps. Nous savons que presque tous les syphilographes avaient cher-

ché à définir le mode d'action du mercure; et certes les définitions ne manquaient pas. Swediaur pensait que le mercure n'agissait que comme véhicule de l'oxygène, dont il se séparait aisément dans le corps ; que ce dernier principe exerçait son action, non pas en changeant l'état morbifique des parties malades, mais en s'unissant directement au virus ou à l'humeur dans laquelle le virus réside, par une espèce d'affinité chimique ou d'attraction élective, en vertu de laquelle ces deux substances unies ensemble se changent en une troisième, qui a de nouvelles propriétés entièrement différentes de celles que ces deux substances avaient avant leur union ; que par conséquent le virus, dans ce nouvel état, perd son énergie active sur le corps, et cesse d'être nuisible à l'économie animale. Cette thèse *chimique* n'était évidemment qu'un jeu de l'esprit, qui nous fait reculer d'un siècle jusqu'à la théorie du chemiâtres. Remarquons seulement combien les meilleurs esprits se laissent aller à l'hypothèse, quand ils veulent expliquer certaines choses qui échappent, hélas! à l'intelligence humaine.

Enfin, Swediaur admettait très-largement les doctrines de Vigarous et de Carrère sur les maladies syphilitiques compliquées : il supposait que le virus de la syphilis pouvait se marier avec le scorbut, les dartres, la gale, la lèpre, les scrofules, le rhumatisme, la goutte, la fièvre, les affections nerveuses ; il admettait aussi les maladies syphilitiques déguisées, entre autres la phthisie et les fièvres intermittentes ; mais Swediaur devait subir nécessairement la loi des préjugés qu'il n'avait pas la force de renverser. N'oublions pas d'ailleurs que cet écrivain avait recueilli de toutes parts les matériaux de son livre ; qu'il avait dû prendre le mauvais comme le bon : cela nous conduira à dire que la meilleure partie de son œuvre est celle qui lui était propre, c'est-à-dire celle du traitement, sur lequel sa longue expérience lui avait donné des connaissances étendues et solides.

Il me reste pour terminer le tableau de la syphilographie au dix-huitième siècle à dire quelques mots des bibliographes qui se sont occupés de considérations historiques ou critiques sur la syphilis. Après les travaux consciencieux d'Astruc, citons d'abord la thèse de Boehm (1), véritable encyclopédie nominative mais curieuse de tous les modes de traitement employés contre la syphilis, et la dissertation d'Ehrmann (1) sur les effets du mercure, et sur ses diverses combinaisons, ouvrage précieux, mais où l'empirisme devait puiser à pleines mains.

L'origine de la maladie syphilitique était surtout devenue une source de dissertations plus ou moins savantes, et nous connaissons déjà les théories de Sanchez et d'Astruc. L'opinion de l'ancienneté des maladies vénériennes, exposée au dix-septième siècle par Musitano, avait été vigoureusement soutenue par Minadous, par dom Calmet, par Thomas Beckett, par le savant Zacharie Platner (2), par Calvi (3), et par le grand Haller (4), mais elle trouva son principal appui dans l'érudition de Gruner, professeur d'Iéna, qui, tout en ne l'adoptant pas, consigna dans son Aphrodisiaque (5) tout ce qui dans les anciens auteurs pouvait avoir trait à la syphilis, et éleva ainsi le monument le plus complet de la syphilographie antérieure à l'épidémie du XVe siècle. L'opinion de l'origine américaine, si brillamment soutenue par Astruc, fut reprise par Girtaner (6), compilateur ingénieux, accusé par ses adversaires de mauvaise foi et d'altération de textes, mais qui, à vrai dire, ne fit que reproduire les arguments et les faits que son illustre prédécesseur avait mis en avant. Entre ces deux opinions Hensler (7), un des médecins les plus érudits de l'Allemagne, en fit surgir une troisième, qui avait pour but, comme celle de Sanchez, de combattre l'origine américaine, mais tendait à prouver que la syphilis du quinzième siècle avait été portée en Italie par les Maures chassés d'Espagne. L'immense savoir d'Hensler,

(1) Variae syphilidis therapiae pro licentia gradum, etc. M. Fr. Boehm, Argentinensis, etc. 1771.

(1) Dissertatio medica de hydrargyri præparationum interiorum in sanguinem effectibus, etc., J. R. Ehrmann, Argentinensis, 1771.

(2) Opusculorum chirurgicorum et anatomicorum tomi duo. Leipzig, 1749, tom. II.

(3) Lettra sopra l'uso med. interno del mercurio sublimato corros.

(4) Herm. Boerrhave methodus studii medici, cum amplissimis auctoriis. Amsterdam, 1751.

(5) Aphrodisiacus sive de lue venerea in duas partes divisus; quarum altera continet ejus vestigia in veterum auctorum monumentis obvia. Ien., 1789.

(6) Abhandlung von der Lustseuche. Gottingen, 1789.

(7) Ueber den Westin dischen Ursprung der Lustseuche. Hambourg, 1789.

ses consciencieuses et longues études sur la médecine au moyen âge, tout donnait une grande valeur à cette hypothèse, si l'on ajoute surtout qu'elle fut admise et défendue par Gruner, dont l'autorité en fait de science n'était ni moins solide ni moins puissante : elle ne put l'emporter cependant ni sur l'une ni sur l'autre des autorités rivales, et les faits si précis, si concluants que le professeur d'Iéna avait entassés dans son livre, firent, malgré son accession aux idées d'Hensler, pencher la balance en faveur de l'opinion de l'ancienneté absolue. Quant à Girtaner, il est surtout connu aujourd'hui par ses travaux bibliographiques et par les analyses critiques qu'il a laissées d'un nombre immense de traités de syphilographie. Nous ne pouvons clore ce point intéressant sans dire quelques mots du recueil critique de Lefébure-de-Saint-Hildefonse (1), livre consulté souvent par les bibliographes modernes, et qui, bien qu'empreint de partialité et de passion, contient un grand nombre de bons articles analytiques sur les auteurs du dix-huitième siècle.

OBSERVATIONS.

PURPURA HÉMORRHAGICA LIÉ A DES TROUBLES DU COTÉ DE LA MENSTRUATION.—TRAITEMENT PAR LA LIMONADE A LA GLACE, L'EXTRAIT DE RATANHIA.—BONS EFFETS (2).

Hôpital Saint-Louis.

SERVICE DE M. CAZENAVE REMPLACÉ PAR M. MAROTTE.

La femme B..., âgée de 50 ans, est d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin et athlétique, et a toujours joui d'une santé parfaite. La profession qu'elle exerce n'est nullement fatigante et ne paraît avoir en rien contribué au développement de sa maladie, pas plus que ses habitudes, qui sont simples, et que son alimentation, qui est convenable. Cette femme a trois enfants très-bien portants.

La maladie pour laquelle elle est entrée à l'hôpital se rattache à la menstruation. Depuis l'âge de 44 ans, les règles ont cessé d'une manière assez rapide, et la malade a vu dès ce moment et même quelques mois avant leur suppression complète, des ecchymoses se former très-souvent à la peau d'une manière spontanée. Cette disposition scorbutique s'est toujours accrue graduellement jusqu'à l'époque actuelle. Les ecchymoses sont devenues depuis un peu plus nombreuses et plus larges. Mais du reste il ne se faisait d'hémorrhagies par aucune voie et la santé générale se maintenait parfaite.

Dans les derniers jours de juin, la malade a ressenti du malaise, de l'oppression, quelques vestiges de la céphalalgie, et divers phénomènes d'embarras gastrique, lorsque tout à coup elle s'aperçoit, le 8 août, qu'elle est couverte d'une éruption purpurine.

Elle entre à l'hôpital le 10 août 1844, salle de la lingerie. A cette époque elle présente l'état suivant : toute la surface du corps est recouverte de taches de purpura, très-petites, inégales entre elles cependant, assez largement espacées, plus nombreuses et plus groupées aux membres qu'au tronc et à la face; leur couleur est d'un violet extrêmement foncé et très-vif; elles sont très-bien limitées et circonscrites. La pression du doigt ne les fait en aucune manière disparaître. Aucun phénomène de douleur ni de chaleur ne les accompagne. Dans quelques parties du corps, aux avant-bras, à la partie interne des cuisses, se voient de larges suffusions sanguines sous-épidermiques qui bien que spontanées ressemblent à des contusions récentes. Dans d'autres points ce sont des sugillations, des vergetures analogues à celles que la putréfaction commençante détermine sur les cadavres. Du reste aucune douleur ne les accompagne.

Les muqueuses sont aussi bien que la peau le siége d'une exhalation de sang, mais qui se traduit par des hémorrhagies. Les gencives sont ramollies et un peu tuméfiées, sans être fongueuses; une grande quantité de sang d'une couleur artérielle, mais peu coagulable, s'en écoule continuellement; elle peut être évaluée à un verre par jour; les dents sont devenues légèrement vacillantes : du reste, il n'y a pas d'ulcération dans la bouche, et l'haleine n'est nullement fétide. La malade a eu quelques épistaxis légères. Elle dit aussi avoir observé dans les selles quelques stries sanguinolentes.

Du reste toutes les fonctions s'exécutent parfaitement bien. Il n'y a pas eu de fièvre depuis le début de la maladie.

La malade est mise à l'usage de la limonade

(1) *Le Médecin de soi-même*, etc. Paris, 1775.
(2) Observation recueillie par M. Racle, interne.

à la glace, de l'extrait de ratanhia (1 gramme pour un julep) et à une alimentation substantielle, sans être trop abondante cependant. On lui recommande l'exercice.

Trois jours après l'entrée de la malade, les taches hémorrhagiques avaient complétement disparu et il ne restait des larges ecchymoses des membres que des taches jaunâtres comme après les contusions (1). A cette époque, au moment où l'on s'attendait à voir reparaître des taches à la peau comme c'est l'ordinaire, une forte hémorrhagie intestinale se déclara et dura pendant deux jours, affaiblissant beaucoup la malade, sans que du reste l'écoulement du sang par les gencives diminuât; après l'hémorrhagie intestinale, épistaxis, puis retour des taches de purpura et des ecchymoses. Il y eut ainsi pendant 15 jours des variations remarquables dans l'apparition, tantôt vers la peau, tantôt vers les muqueuses, d'hémorrhagies que rien ne put diminuer. Un seul et même traitement fut toujours mis en usage avec persévérance. La malade mangeait chaque jour trois ou quatre citrons entiers, buvait de la limonade souvent à la glace, et était nourrie principalement de viande et de vin.

Le 1er septembre, la disposition hémorrhagique sous l'influence de laquelle se trouve la malade se révèle par de nouveaux phénomènes. Cette dernière se plaignit de ce que tout le côté gauche du visage était devenu insensible à partir de la ligne médiane exactement. L'attention se trouva nécessairement portée sur une suffusion sanguine des méninges et peut-être du cerveau (du côté droit) analogue à celle de la peau et des muqueuses, et il ne fut plus permis d'en douter lorsque le troisième jour l'on put constater l'insensibilité bien tranchée de la peau du visage, de la conjonctive et du globe de l'œil du côté gauche, la dureté de l'ouïe du même côté, la perte du goût, la déviation légère de la bouche à droite, une insensibilité des lèvres telle que la malade se mord jusqu'au sang sans en éprouver de douleur; une diminution assez sensible de la force musculaire du bras et de la jambe gauches avec un sentiment d'engourdissement de ces parties. Du reste, l'œil du côté gauche est resté intact, et voit aussi bien que l'autre. L'intelligence est parfaitement conservée, et la malade, encore assez forte, peut se lever et se livrer à quelques occupations.

Comme ces phénomènes de compression du cerveau n'avaient pas une intensité alarmante, et comme du reste ils n'étaient qu'un nouveau mode d'expression d'une maladie au fond toujours la même, rien ne fut changé au traitement.

Le lendemain du jour où l'on a constaté les phénomènes que je viens d'indiquer, de très-larges ecchymoses se sont montrées dans tous les points où, pour s'assurer de l'état de la sensibilité de la peau, on avait pincé cette membrane sur la conjonctive de l'un et de l'autre œil qui avait été touchée avec les doigts, etc.; du reste, les phénomènes de compression du cerveau demeurent les mêmes.

Depuis ce moment et à plusieurs reprises, de nouvelles éruptions de taches de purpura, si je puis ainsi dire, se sont faites à la peau, sur la langue, dans la bouche, etc., mais les hémorrhagies par les muqueuses ont rapidement diminué, et le 5 août les gencives ont cessé de fournir du sang. Les nouvelles éruptions qui se font très-fréquemment varient pour l'apparence : les unes sont formées par des taches de la largeur d'une lentille; les autres par un pointillé très-fin; d'autres fois il ne se montre que des ecchymoses étendues, semblables à ce que l'on nomme vulgairement meurtrissures. Leur couleur ne varie pas moins que leur forme. Les unes sont d'un rouge vineux terne, les autres d'un violet presque noir et très-éclatant.

(1) Jamais ni les unes ni les autres ne s'ulcérèrent.

PURPURA HEMORRHAGICA. — COINCIDENCE PROBABLE AVEC LES CONDITIONS HYGIÉNIQUES DANS LESQUELLES LE MALADE EST PLACÉ. — TRAITEMENT PAR L'ACIDE CITRIQUE ET LA GLACE. — GUÉRISON (1).

Panard François, 30 ans, commissionnaire, est d'une constitution forte, d'un tempérament nerveux et est assez impressionnable. Quoique robuste, il est sujet aux ophthalmies, au catarrhe pulmonaire, etc., mais jamais il n'a éprouvé d'hémorrhagie accidentelle ou spontanée. Il n'est sujet ni aux épistaxis, ni aux hémorrhoïdes.

Peut-être faut-il attribuer aux fatigues de son état et aux mauvaises conditions dans lesquelles il se trouve nécessairement placé, le purpura qu'il présente actuellement, quoique ces mêmes conditions existent pour le malade depuis quinze ans, et qu'elles n'aient pas été pires que d'habitude dans ces derniers temps. Quoi qu'il en soit, il est constamment exposé à l'influence du froid et à toutes les variations de la température, de l'atmosphère, quelquefois à la pluie, à l'humidité des caves. Du reste, il ne fait d'excès d'aucun genre.

Vers les premiers jours d'avril, le malade a ressenti les premières atteintes du mal. Étant occupé dans une cave, il ressentit tout à coup une douleur vive dans les talons; cette douleur persista pendant plusieurs jours avec une grande intensité. Un peu plus tard il survint de nombreux furoncles qui se succédèrent rapidement, sans aucun phénomène fébrile du

(1) Observation recueillie par M. Racle, interne.

reste. Puis d'une manière assez rapide, ses forces diminuèrent de manière qu'à la fin d'avril, le malade se trouva dans l'impossibilité de continuer son travail et de porter des charges comme son état l'exige. Au milieu du mois de mai, à deux reprises différentes et à trois ou quatre jours d'intervalle, deux abondantes épistaxis se déclarèrent et ouvrirent en quelque sorte la scène de la maladie. Déjà au mois d'avril, il y avait eu des taches de purpura mais très-légères.

Panard entre à Saint-Louis le 31 mai 1844 (Henri IV), dans l'état suivant :

Les jambes et les cuisses sont couvertes de taches de purpura, supportées par des élévations assez fortes à l'épiderme (purpura urticans). La couleur de ces taches est d'un violet complet qui ne disparaît pas sous la pression du doigt, et qui est assez largement étalé; le centre en est occupé par une véritable papule excoriée et laissant écouler un peu de sang. Le prurit qui accompagne toujours les papules se retrouve ici très-intense. Du reste rien de plus à noter.

Le malade est mis à l'usage de la limonade citrique et d'un bon régime alimentaire.

Le 7 juin, les gencives deviennent le siége d'une légère exhalation sanguine qui va sans cesse en s'accroissant, et pour laquelle M. Cazenave prescrit une potion avec deux grammes d'extrait de ratanhia et le sp. de gr. consoude.

En peu de jours les gencives deviennent molles et fongueuses, saignant au moindre attouchement : un énorme boursouflement s'est fait sur la gencive supérieure ; dans la muqueuse buccale, et dans son épaisseur, de nombreuses ecchymoses se sont produites ; sur la langue il s'est formé de véritables bulles très-volumineuses, contenant du sang liquide, et qui laissent après elles de légères ulcérations qui se guérissent facilement ; tous ces accidents, du reste, sans fièvre, sans aucun dérangement de la santé.

Limonade citrique.
Seigle ergoté 0,60.
Potion au ratanhia.
Gargarisme au ratanhia, acidulé avec l'eau de Rabel.
Trois bouillons.

Ce traitement continué pendant plusieurs jours sans avantage, M. Cazenave fait alors manger chaque jour plusieurs citrons au malade et il lui fait prendre de plus 2 kilogrammes de glace pour consommer en nature et pour mettre dans sa tisane.

Il serait inutile et fastidieux d'indiquer les changements que le malade a éprouvés; il suffit de rappeler les principaux.

Le 21 et le 30 juin, le malade a éprouvé d'abondantes épistaxis qui se sont prolongées pendant plusieurs jours, et qui coûtaient chaque fois au malade plus d'une livre de sang; plusieurs fois même on a dû tamponner celle des narines par où sortait le sang. Depuis, elles se sont répétées, mais assez rarement et peu abondantes. Ce sont les gencives et la muqueuse buccale qui ont le plus constamment été le siége d'une exhalation de sang. Aucune autre muqueuse n'en a fourni.

Quant à l'éruption, elle n'a pas cessé de s'amortir jusqu'au commencement de juillet, époque à laquelle tous les membres et une partie du tronc étaient couverts de taches de purpura qui, chose remarquable, s'excoriaient toutes, et devenaient ainsi l'occasion de petites hémorrhagies partielles.

Au milieu de ces phénomènes, l'état général fut toujours conservé assez bon, et toutes les fonctions sont demeurées intactes : jamais il n'y a eu de fièvre, mais le malade est tombé dans une faiblesse remarquable, un amaigrissement prononcé, et une teinte jaune de la peau, indice de l'état anémique avancé qui existait.

Le traitement n'a pas varié un seul jour jusque vers la fin de juillet, époque à laquelle les hémorrhagies se sont à peu près complétement supprimées. Il a fallu un temps bien plus considérable pour faire disparaître les taches de purpura qui se sont reproduites avec ténacité, jusque vers le milieu du mois d'août.

Le malade est, du reste, sorti complétement guéri le 20 août.

ACNÉ ROSACEA, SYMPATHIQUE AVEC UNE AFFECTION UTÉRINE. — TRAITEMENT PAR LA LIQUEUR DE GOWLAND. — SUCCÈS (1).

Adolphine, lingère, âgée de 39 ans, d'un tempérament nerveux et sanguin, a toujours été bien portante jusqu'à présent. Elle a eu deux enfants.

Cette femme, sans être hystérique, est sujette à quelques accidents spasmodiques, sans gravité du reste, et qui paraissent tenir à des causes morales. Les voies digestives fonctionnent bien, et le foie ne paraît pas être malade comme on l'observe si souvent chez les personnes atteintes d'acné.

L'affection qu'elle porte paraît être liée d'une manière intime avec l'état de l'utérus, comme on va le voir. Jusqu'en 1835, cette femme n'avait jamais éprouvé de trouble vers cet organe, et elle avait eu deux enfants dans deux accouchements heureux ; lorsque à cette époque, elle éprouva de violents chagrins qui ne tardèrent pas à s'accompagner d'un déran-

(1) Observation recueillie par M. Racle, interne.

gement de la menstruation et furent suivis de très-près d'une éruption légère de petits boutons pustuleux au côté droit du menton. Une année plus tard, les troubles de l'évacuation menstruelle furent complets, les règles revenaient ou plus fréquentes ou plus rares, deux fois par mois ou deux fois sur trois mois. Plus tard encore, la malade demeurait quelquefois pendant quatre mois sans les voir. L'année d'ensuite, il y eut à chaque époque une véritable métrorrhagie; la malade perdait une abondante quantité de sang qui s'écoulait sous forme de caillots putréfiés. Quoique l'hémorrhagie se fît aussi abondamment, elle avait beaucoup de mal à s'établir, et huit jours après cependant avoir cessé elle reparaissait, mais moins abondante que de coutume. Pendant la durée, de violentes douleurs lombaires, des tiraillements dans les aines et l'ombilic se faisaient ressentir. Mais du reste, absence de tout autre phénomène vers l'utérus. Cet organe ne forme pas tumeur de l'abdomen; les fonctions de la vessie et du rectum s'exécutent bien; il n'y a jamais eu d'écoulement d'aucune nature par les organes génitaux, enfin il n'existe pas de pesanteur dans le bassin. En définitive, la métrorrhagie tout idiopathique ne paraît pas symptomatique de quelque maladie organique de l'utérus.

Quoi qu'il en soit, c'est sous son influence et pendant qu'elle se manifestait, que l'acné rosacea de cette femme s'est déclarée. Elle a du reste suivi assez exactement les rémissions et les exacerbations de l'hémorrhagie utérine, et après s'être graduellement accrue, avec elle, elle est restée comme elle stationnaire à une certaine époque. Commençant à se développer il y a 9 ans, l'éruption était d'abord limitée au menton; elle a mis six ans à envahir les joues et à s'amortir. Depuis trois ans elle est stationnaire.

La femme T..., sans avoir jamais employé de traitement actif pour le mal dont il s'agit, est entrée à l'hôpital St.-Louis le 30 mars 1844, dans le service de M. Cazenave (salle Napoléon, 38). Elle présentait l'état suivant : deux plaques très-rouges occupent les pommettes, sur ces plaques il y a des croûtes jaunâtres semblables à celles de l'impetigo, et au milieu comme sur les confins de l'éruption, des pustules petites, acuminées, qui durent chacune pendant un septenaire et même davantage; de temps à autre une nouvelle éruption se fait; celle qui l'a précédée s'éteint, mais en laissant après elle, à la place de chaque pustule, une légère induration tuberculeuse entourée d'un large cercle rouge.—L'état de l'utérus est celui que j'ai indiqué plus haut.

M. Cazenave est obligé de s'imposer pour le traitement une grande réserve à cause de la métrorrhagie et de l'état nerveux de cette malade. Et en effet, quatre bains alcalins que prit cette femme firent paraître l'hémorrhagie entre deux époques menstruelles, et depuis, elle se répéta toujours ainsi. M. Cazenave se vit, après plusieurs tentatives de traitement général, obligé d'y renoncer, et de recourir au traitement local. Pendant quelque temps, les lotions alcalines et les émollients furent alternativement employés, mais sans succès, lorsque M. Cazenave employa la lotion suivante, qui se rapproche de la liqueur connue sous le nom de liqueur de Gowland.

Lait d'amandes,	125 gr.
Bichlorure de mercure,	10 centig.
Hydrochlorate d'ammoniaque,	10 centig.

La malade l'employa en lotions deux fois par jour, et au bout de huit jours, on put voir de manière à n'en pas douter une très-sensible amélioration de l'état de l'éruption. La rougeur anormale des joues, l'état tuberculeux et quelques anciennes pustules diminuèrent considérablement; mais cependant de nouvelles pustules se formaient toujours. — Après quinze jours, une amélioration plus grande encore s'était faite; les pustules ne se renouvelaient plus aussi nombreuses; mais là s'arrêta le mieux, parce que la malade voulut, le 15 mai, sortir de l'hôpital et suspendit tout traitement.

Elle rentra le 20 avec son éruption aussi forte que jamais, et parce que le traitement avait été suspendu, et parce que les règles étant sur le point de venir, la malade éprouvait d'assez graves accidents du côté de l'utérus et des ovaires. Ces accidents étant calmés, au bout de quelques jours on reprit les lotions avec la liqueur de Gowland, qui eut un résultat aussi avantageux que la première fois. Alors tout faisait espérer une amélioration plus grande, une modification peut-être complète, si la malade eût continué avec persévérance. Mais après 15 jours, elle quitta de nouveau l'hôpital singulièrement améliorée mais non guérie, et on la perdit de vue.

REVUE.

DE LA VALEUR COMPARATIVE

DES PRÉPARATIONS DE MERCURE ET D'IODE

DANS LE

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS,

par le docteur ED. OCT. HOCKEN.

(Suite et fin.)

Symptômes tertiaires. — Presque toutes les autorités reconnaissent la valeur de l'iode dans les symptômes tertiaires. M. Ricord pense que dans ces symptômes le mercure est aussi inefficace que l'iodure de potassium est avantageux. Les maladies syphilitiques des os, du périoste, des tissus fibreux et des articulations sont autant de spécimens des propriétés curatives de l'iodure, et j'ai nombre de fois constaté le soulagement marqué des douleurs nocturnes, des nodus, etc., etc., aussi bien que la cure rapide de ces maladies. D'après M. Ricord les douleurs nocturnes des os, la périostite, et les maladies des os, sont plus particulièrement amendées par l'iodure de potassium. Il croit que le mercure est généralement nuisible; au moins en a-t-il abandonné l'usage, et l'a-t-il remplacé par l'iodure de potassium. Dans le traitement de ces maladies des os qui sont le résultat d'une ostéite, telles que la carie et la nécrose, M. Ricord se borne presque exclusivement à l'iodure de potassium. Plusieurs formes de ces maladies ont promptement cédé à l'usage de ce médicament qui avaient résisté ou même avaient été aggravées par le traitement mercuriel. Les douleurs des os sont communément attribuées à l'action du mercure, mais on a observé des cas où ces douleurs existaient concurremment avec des douleurs des os chez des individus qui n'avaient pas pris un atome de mercure. Dans le traitement des nodus, le traitement local est très-utile outre l'iodure. Pendant l'inflammation aiguë, on doit appliquer des sangsues sur le siége du mal; et quand elle est passée à l'état chronique, des vésicatoires répétés suivant les circonstances. Dans quelques cas de nodus durs et indolores, il est quelquefois utile d'appliquer la teinture d'iode, ou la solution de Malapert, ou, si elle échoue, l'emplâtre hyd. c. ammoniac, ou celui de Vigo.

Le docteur Williams, de Saint-Thomas, fut un des premiers à introduire dans ce pays l'usage de l'iodure de potassium dans le traitement de la vérole confirmée, et il remarque que la découverte des propriétés de l'iodure comme le moyen curatif le plus sûr des maladies des os, forme une époque dans l'histoire de la syphilis. L'action du quinquina dans la cure des fièvres intermittentes est à peine plus frappante que les effets avantageux de l'iodure dans les nodus syphilitiques. Parmi les avantages que ce médicament a sur le mercure dans ces affections, l'auteur dont nous parlons cite les suivants : La douleur n'est quelquefois calmée par le mercure que lorsque la bouche est très-affectée, tandis que sous l'influence de l'iodure il en est habituellement débarrassé en 3 ou 4 jours, et presque constamment en une semaine; le mercure aggrave quelquefois la maladie et altère toujours la constitution, tandis que l'iodure au contraire n'est jamais nuisible, et la rapidité avec laquelle les malades recouvrent la santé et la force, est tout à fait remarquable. Ce dernier médicament est aussi indiqué dans un plus grand nombre de cas, et produit la guérison sans entraîner cette suite dégoûtante de symptômes qui accompagnent le ptyalisme; il guérit d'une manière plus certaine, plus prompte, et avec moins de danger de rechutes.

M. J. M. Ferrall dit que l'iodure de potassium en général neutralise l'action morbide du virus et calme la douleur de la périostite plus promptement qu'il n'était disposé à le croire. La cinquième ou sixième dose procure en général le sommeil aux malades, et il a vu plusieurs cas où la troisième ou la quatrième a produit cet effet. Il a des notes sur des malades de sa clientèle qui ont dormi dès la première nuit après avoir pris 3 ou 4 doses du médicament dans la journée. L'iodure calme presque aussitôt que l'incision, et évite une opération qui bien que fort courte est cependant douloureuse, ce qui le ferait préférer par beaucoup de personnes. Comparativement au mercure, il est évident que l'avantage est du côté de l'iodure, car dans un cas traité par le mercure la guérison dura 37 jours; dans un autre traité par l'incision, 28; et dans un troisième traité par l'iodure, 13. Dans les deux derniers cas la matière purulente formée sous le périoste, en même temps qu'elle rend compte de ce que la guérison par suite de l'incision a dû être de quelques jours plus prolongée que dans le premier cas, donne une nouvelle valeur à l'iode, qui exerce son influence curative même quand la maladie offre une suppuration avancée. Des troubles généraux suivent l'incision, la diarrhée

et l'ulcération des joues, le mercure. Parmi les conséquences fâcheuses de l'iode la pratique de M. Ferrall ne lui en a fourni aucune qui l'ait obligé de suspendre le médicament; et, dit-il, lorsque des troubles gastriques se manifestent, ils sont promptement dissipés.

Les affections syphilitiques des os du nez, du palais ou de la face ne sont pas influencées d'une manière favorable par le mercure ou la salsepareille. Dans la période commençante le docteur Williams a souvent vu l'iodure de potassium arrêter l'ulcération d'os déjà détruits et guérir le malade. Mais, comme règle générale, ce moyen dans une période avancée n'a aucune influence sur la partie affectée sans le secours d'un pansement local, quoiqu'il améliore la santé générale. Quand les os du nez sont malades, l'iodure doit être administré de la manière accoutumée, mais en même temps on doit injecter dans les narines 2 ou 3 trois fois par jour la solution noire (1), ou, ce qui est mieux, on doit pratiquer des onctions avec l'onguent *hydrarg. nit. oxyd.* aussi loin qu'il est possible de pénétrer. Ce traitement a toujours été suivi de succès dans les mains de Williams, qui a arrêté les progrès de la maladie et sauvé le nez dans les affections des os du palais; l'onguent doit être appliqué avec précaution à cause de la facilité avec laquelle il est enlevé par la langue.

Maladies des articulations.—Je puis affirmer que l'iodure de potassium est aussi efficace dans les maladies des articulations que dans les symptômes dont j'ai déjà parlé. Même dans les cas où il y a une inflammation aiguë je l'ai vu produire d'excellents effets, combiné avec le traitement antiphlogistique.

Tubercules. —Nous avons à traiter des tubercules dans l'état d'induration, de ramollissement ou d'ulcération, et dans toutes ces circonstances la guérison est longue et difficile : chez les malades vigoureux, dans la période d'induration, l'emploi bien dirigé du mercure après les antiphlogistiques constitue en général le meilleur traitement; mais quand ils sont arrivés à l'ulcération, quand les ulcères sont nombreux, mal disposés, quand le malade est faible et cachectique, l'iodure de potassium uni à la salsepareille devient un remède infiniment supérieur. M. Ricord emploie l'iodure de mercure, et l'iodure de potassium pour résoudre les tubercules dans leur période d'induration. Il commence, s'il n'existe pas de contre-indication, par une pilule de protoïodure par jour, et l'iodure de potassium à la dose de 10 grains. Au cinquième jour on donne 2 pilules et on augmente la dose de l'iodure. Il est rarement nécessaire de porter la dose du mercure plus loin ou de la prolonger longtemps, le traitement est complété par l'iodure de potassium. Quand l'inflammation locale a été calmée, les tubercules peuvent être lotionnés avec une faible solution de bichlorure de mercure, et lorsqu'ils sont ulcérés, l'onguent d'oxyde nitrique et aussi, d'après le docteur Williams, celui d'iodure de potassium (une drachme pour une once d'axonge), constituent un bon pansement. M. Mayo rapporte plusieurs cas pour prouver la valeur de l'iode dans la période d'ulcération.

M. Ricord mentionne les tubercules syphilitiques profonds comme la première maladie dans laquelle il a employé avec succès l'iodure de potassium à haute dose; ces tubercules sont très-susceptibles de s'enflammer et de donner lieu à des ulcères de mauvais aspect, rongeants et destructeurs, M. Babington dit qu'ils ont leur origine dans le tissu sous-cutané, probablement dans les glandes sébacées. Outre le traitement déjà mentionné, M. Ricord considère le traitement local comme très-important; on doit le diriger d'après les mêmes règles que pour les ulcères primitifs. Biett considère le mercure seul comme tout à fait inefficace, et M. Mayo fait allusion à un malade chez lequel il fut donné sans aucun bénéfice. Un fait qu'on doit avoir présent à l'esprit, c'est que « les traitements exclusifs, à quelque doctrine qu'ils appartiennent, sont les moins efficaces, » et que les complications ne doivent jamais être négligées; au contraire, quand celles-ci sont aiguës, on doit les traiter avant la syphilis, et quand elles sont chroniques en même temps que cette dernière, M. Mayo a fait usage de l'iodure de potassium dans plusieurs cas, et ses conclusions coïncident avec l'expérience moderne, en ce qui concerne ceux qui réclament son administration.

De la valeur comparative des différentes préparations de mercure et d'iode, et de leur meilleur mode d'administration.

Le mercure est employé localement et généralement, soit pour produire un simple effet local, soit, par son introduction dans le système, pour soumettre la constitution tout entière à son influence; cette influence est produite par l'introduction des préparations mercurielles dans l'estomac, par les fumigations et par les onctions. Dans la première méthode on emploie le chlorure, le bichlorure, l'iodure et les pilules de mercure, etc., etc.

Chlorure. — Le calomel est principalement usité quand on veut produire une action puissante et prompte sur la constitution, comme dans l'orchite, ou l'iritis syphilitique; mais il est moins approprié aux symptômes ordinaires. Dans le continent il est employé abondamment

(1) Il est probable que l'auteur entend par solution noire la formule suivante :

℞. Calomelas............... 4 grammes.
Lait de chaux........... 190 grammes.

dans les tubercules des lèvres; avec ou sans ulcération, dans différentes formes d'ulcères serpigineux, et aussi dans les ulcérations de la gorge et des fosses nasales. Desruels dit qu'il ne saurait trop recommander cette préparation, qui, unie à l'opium et au traitement antiphlogistique, peut produire les meilleurs résultats. M. Ricord emploie les pilules suivantes dans le traitement de l'hypertrophie du testicule, qui persiste après l'inflammation de cet organe : *Hydchlor.* ℈ *j. Pulv. conii sap. Hisp.* ā ℈ij *M. Ft. pil.* XXIV.

Bichlorure.— Dupuytren prescrivait ce remède à petites doses, un sixième de grain trois fois par jour, dans la syphilis constitutionnelle, et dans le continent il continue à être fréquemment employé dans les mêmes circonstances. Dans quelques cas de maladies syphilitiques chroniques de la peau, je l'ai vu employé avec avantage; mais comme remède général de la syphilis secondaire, il exige plus de soin, est plus dangereux, et en même temps moins efficace que les pilules bleues.

Pilules hydrargyriques.—Ce remède est la forme la plus usitée en Angleterre, et l'une des plus douces, des moins nuisibles, des plus certaines et des plus faciles à administrer; il mérite la préférence qu'on lui a donnée. A la dose de cinq grains deux ou trois fois par jour, elle convient dans toutes ces conditions que nous avons montrées être améliorées par le mercure (1).

Protoïodure. — Cullerier, Biett et d'autres emploient ce remède dans plusieurs formes de syphilis constitutionnelle, spécialement dans les cas où des symptômes secondaires et tertiaires sont combinés, et dans des ulcères primitifs siégeant sur des constitutions scrofuleuses. Cullerier dit que c'est principalement dans la syphilis constitutionnelle que le protoiodure de mercure est employé avec succès. Ces effets sont surtout évidents dans les ulcérations secondaires de la membrane muqueuse, dans les tubercules cutanés, dans les exostoses, dans les affections chroniques des articulations, là où les autres préparations mercurielles ont eu peu d'effet. Il doit toujours être associé à l'opium, et donné à la dose d'un demi-grain deux ou trois fois par jour. Le deutoïodure est plus irritant, et conséquemment ses doses plus faibles. L'une et l'autre de ces préparations peuvent être employées en frictions sur les tumeurs et les bubons indolents, après que les symptômes d'inflammation aiguë ont été dissipés.

Le cyanure et le deutophosphate de mercure sont employés accidentellement. Le premier est regardé comme préférable au bichlorure, étant moins apte à se désagréger, et moins prompt à se décomposer ; il est d'une application usuelle comme moyen externe dans quelques affections de la peau, et calme les démangeaisons et irritations violentes de celle que Alibert nomme *dartres squammeuses*.

Onctions.—Les onctions avec l'onguent mercuriel étaient employées autrefois pour mercurialiser le système beaucoup plus fréquemment qu'aujourd'hui; sous cette forme, le minéral est moins propre à altérer la constitution, spécialement le canal alimentaire; mais quand il est employé seul, il est moins prompt dans ses effets. En ce qui le concerne, je pense que Hunter avait raison dans l'opinion qu'il avait sur les avantages qu'il y a à faire passer le mercure au travers des vaisseaux absorbants affectés. L'onguent hydrargyrique est employé à la dose d'une demi-drachme à une drachme soir et matin, et en friction sur les portions les plus délicates de la peau exposées devant le feu. Cullerier préfère employer le mercure en frictions dans les ulcères primitifs; il prescrit depuis un quart jusqu'à une drachme et demi d'onguent mercuriel à chaque friction, laissant entre chacune un intervalle de deux ou trois jours dans le but de ne pas irriter soit l'ulcère, soit la constitution, en plaçant soudainement cette dernière sous l'influence du médicament. M. Ricord ordonne fréquemment les frictions aux aisselles, à l'exemple de Cullerier, dans certaine forme d'ulcération de la bouche et de la gorge; il cite deux cas qui avaient résisté aux frictions pratiquées sur d'autres parties, et qui ont guéri sous l'influence de ces dernières.

Fumigations. — Les fumigations de toute la surface du corps sont rarement employées maintenant dans le but d'affecter le système, mais l'appareil autrefois en usage se trouve encore dans quelques-uns de nos hôpitaux. Cette méthode est très-prompte dans son action.

Elle est au contraire employée localement avec de grands avantages dans quelques affections de la gorge et des fosses nasales, et plus encore dans quelques maladies rebelles de la peau ; chez les malades qui n'ont pas la force de supporter le frottement des frictions, et dont les intestins ne peuvent tolérer les médicaments internes, les fumigations ont été considérées comme très-avantageuses.

Applications topiques.—Comme simples applications locales, le calomel, la solution noire (*Hydrarg. chlorid.* x *vel* xv *grs*, *aqua calcis* ℥ i), la solution jaune (*Hydrarg. bichlorid.* i *vel* ij *grs*, *aq. cal.* ℥ i).

La solution aqueuse de bichlorure, l'onguent d'oxyde nitrique et de nitrate, le simple onguent bleu, et l'onguent *Hyd. c. ammoniaco*, est celle dont on se sert habituellement. On les choisit d'après leurs propriétés stimulantes,

(1) L'Hydrargyrum cum creta est généralement préféré pour les enfants et les nouveaux-nés.

que l'on proportionne aux symptômes qu'on a à traiter.

La préparation de mercure choisie pour l'usage interne doit toujours être associée à l'opium ou à la ciguë, la syphilis s'accompagnant presque toujours d'un certain degré d'irritabilité constitutionnelle qui est plus favorablement influencée par cette combinaison, et dans quelques cas où il y a inflammation sthénique ou de la fièvre, on doit y joindre l'antimoine. La pratique de Biett a constamment fourni de nombreux exemples dans lesquels ces affections ont disparu sous l'influence de l'opium seul sans mercure (1). Le docteur Vallace dit qu'il sera toujours prudent de combiner le mercure avec l'opium et l'antimoine. Aucun dommage ne pourra résulter de cette pratique, tandis que peut-être de grands inconvénients pourraient être évités. La combinaison de l'antimoine et du mercure lui a toujours semblé rendre l'influence de ce dernier plus facile à diriger et plus certaine; tandis que l'addition de l'opium diminue l'action irritante du mercure sur les intestins, et prévient la disposition à l'état d'irritation du système général, ou de la maladie locale. Pendant son administration, on doit aussi surveiller soigneusement la santé du malade et les conditions de la maladie, et en suspendre pour quelque temps l'usage si quelque symptôme fâcheux vient à se manifester. La diète doit être modérée et proportionnée à l'état de l'estomac et des intestins. Le docteur Vallace recommande aux malades de manger quelques grains de poivre ou de poivre cubèbe pendant la journée, et se couvrir l'abdomen avec deux ou trois doubles de flanelle. M. Parker dit qu'une pilule ou une solution de quelque préparation opiacée unie au *capsicum*, peut être administrée pendant la nuit avec avantage, même pendant le temps où le malade fait usage des frictions mercurielles. Ce moyen prévient non-seulement les accès de douleur, les tranchées, la diarrhée, qui se développent quelquefois durant le traitement mercuriel, et retardent la guérison, mais encore il contribue directement aux effets thérapeutiques du mercure.

L'aspect de l'ulcère doit être soigneusement surveillé comme indiquant fréquemment si le mercure est ou non convenablement supporté par la constitution. Le docteur Vallace dit qu'une règle importante de pratique, est de suspendre le mercure toutes les fois qu'une augmentation de l'inflammation ou de la sensibilité se manifestera pendant la durée du traitement mercuriel, attendu que la persistance de ce traitement, dans les circonstances indiquées, conduirait presque infailliblement à quelque forme d'action destructive déterminée par la constitution du malade.

Dans ces cas, on doit avoir recours aux applications émollientes et anodines, aux purgatifs, au repos, à l'abstinence, aux diaphorétiques avec ou sans narcotiques; et, aussitôt que les actions morbides intercurrentes auront été dissipées, le mercure, s'il est nécessaire, sera repris pour être suspendu de nouveau en cas de retour de l'inflammation ou de l'irritabilité. S'il arrivait que durant l'influence mercurielle, l'ulcère devînt indolent ou que l'affaissement des bourgeons charnus eût lieu, il faudrait en rechercher la cause, et agir en conséquence.

La quantité de mercure doit toujours être calculée dans la vue de déranger le système aussi peu que possible, et d'éviter aux malades toutes les causes d'excitation; les ptyalismes, etc., devant être considérés comme des accidents. Le docteur Vallace est d'opinion que plus est grand le degré d'excitation ou de dérangement dans les fonctions produit par le mercure, plus est grand le danger de le voir suivi d'effets nuisibles, et moins grande est la chance de le voir agir favorablement sur les symptômes syphilitiques. On juge de la quantité nécessaire du médicament, d'après ses effets sur la maladie, et, en général, il faut affecter légèrement les gencives, et produire un léger goût métallique dans la bouche; mais une salivation complète est rarement nécessaire, si même elle l'est jamais pour obtenir tous les bons effets possibles dans la cure des chancres, ou dans la prophylaxie des accidents secondaires. La cicatrisation des ulcères sans persistance de l'induration, est l'indice d'après lequel on doit se régler pour cesser le mercure. Quand les ulcères restent indolents malgré l'usage continu de ce médicament, on doit le suspendre pour quelque temps, et le reprendre sous une autre forme. C'est une erreur de croire que la continuation de son usage après la cicatrisation des chancres et la disparition de l'induration, puisse mettre le malade à l'abri des accidents secondaires; ceux-ci peuvent se manifester après les traitements les plus complets, comme il peuvent ne se point déclarer lorsque aucun traitement n'a été employé. Un autre point qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est d'examiner la bouche avant l'administration du mercure; l'inflammation ou l'ulcération de cette partie, de même que la fétidité de l'haleine, pourrait nous faire attribuer au médicament ce qui réellement dépend d'autres causes.

(1) Biett, il est vrai, a souvent obtenu des résultats heureux de l'opium administré sans mercure. Il avait l'habitude de faire précéder l'administration des mercuriaux de l'usage de l'opium, mais c'était une règle dans sa pratique de ne jamais les administrer en même temps. Il avait remarqué que l'association de l'opium au protoïodure de mercure, par exemple, neutralisait les effets de ce dernier. (*N. du Réd.*)

Iode. M. Cullerier pense que les effets de l'iodure de potassium sont moins prompts que ceux du mercure (1), et que celui-ci doit être employé de préférence quand l'estomac peut le supporter. Cet auteur emploie l'iode à la dose d'un grain associé à deux ou quatre grains d'iodure de potassium et dissous dans une once d'eau ; il le donne par intervalles dans la journée ; il ne porte jamais la dose au delà de deux grains d'iode et de dix grains d'iodure. Je suis convaincu que l'iodure est plus utile lorsqu'on ne l'associe pas à l'iode pur, qui dérange l'estomac sans aucun bénéfice pour le malade. M. Stom, ancien pharmacien de l'hôpital Saint-Thomas, disait au docteur William qu'il avait préparé dix fois l'iodure et l'iode pur associé pour une fois l'iodure seul.

Le docteur Vallace a trouvé par expérience que l'iodure de potassium était la seule forme du remède qui convînt ; que l'iode pur était puissamment irritant, qu'il occasionnait fréquemment des symptômes graves, tandis que l'iodure était parfaitement innocent. D'ailleurs l'iode pur se convertit dans l'estomac en acide hydriodique. On a vu plusieurs cas dans lesquels la teinture d'iode simple ou iodurée ne produisait aucun effet favorable, parce que son action irritante sur l'estomac empêchait de l'employer à une dose suffisante pour agir sur la maladie ; dans ces mêmes cas, l'iodure de potassium employé subséquemment avait des résultats très-utiles. Dans d'autres cas, l'iode pur a guéri la maladie, mais au prix d'une altération de l'estomac et d'une grande émaciation. Au contraire, il affirme n'avoir jamais vu l'iodure de potassium produire de mauvais résultats, à moins d'imprudence.

M. Ricord emploie l'iodure de potassium à doses graduellement croissantes, en commençant par dix grains dans trois onces d'eau distillée, et donné par intervalles dans la journée, dans un véhicule convenable. Selon les effets produits, la dose sera augmentée ou diminuée ; si le médicament est bien supporté, ce qui a presque toujours lieu, la dose pourra être augmentée de dix grains tous les deux ou trois jours, jusqu'à ce que l'on ait atteint une drachme ou une drachme et demie ou même plus. L'iodure de potassium, à larges doses, quand il est bien supporté, produit un sentiment de chaleur dans l'estomac, active l'appétit, accélère la digestion, augmente la fréquence du pouls, et développe l'embonpoint. Un effet constant est l'accroissement de la diurèse.

(1) Cette assertion semble être une erreur typographique, car elle est en opposition avec l'opinion que l'auteur attribue à Cullerier dans un autre passage du mémoire, et qui est aussi l'opinion générale. En la prenant à contre-sens, on semble aussi se rapprocher davantage de l'esprit de ce qui précède et de ce qui suit.

Quand on fait usage de l'iode pur ou d'une quantité excessive d'iodure, ou qu'enfin on a affaire à certaines idiosynchrasies, on peut voir se manifester quelques symptômes fâcheux. Quelquefois ils sont légers et ressemblent au catarrhe ordinaire ; d'autrefois ce sont des tintements d'oreilles, de la céphalalgie, une légère éruption pustuleuse à la peau ; quelquefois encore ce sont des désordres de l'intestin, des douleurs ou du malaise dans l'estomac, ayant quelque ressemblance avec la pleurodynie, mais situés plus profondément, une sécheresse âcre du gosier. M. Mayo dit que l'on peut prévenir ces symptômes en ajoutant quelques gouttes de laudanum à chaque dose de médicament ou en administrant quelque substance apéritive. Quelques auteurs avancent que certains malades éprouvent une intoxication iodique, caractérisée par une légère incertitude dans les mouvements volontaires, quelques soubresauts des tendons, une pesanteur de tête, une sorte de paresse intellectuelle, et quelquefois un léger délire. La douleur des gencives et la salivation ont aussi été rencontrées quelquefois. M. Mayo a aussi entendu parler d'effets analogues à érythème mercuriel. Si ces symptômes s'offrent à un degré un peu intense, on doit diminuer la dose du médicament, ou même la suspendre entièrement pour le reprendre plus tard à une dose moindre.

Le docteur Vallace trouve que l'urine fournit la meilleure preuve de l'action de l'iodure sur le système, lorsqu'on la traite par l'amidon, etc. Chez quelques-uns de ses malades, il a remarqué une grande augmentation de la sueur, quelquefois de la constipation, de la salivation, de l'âpreté de la gorge, de la chaleur à la région précordiale. Il a observé que le sulfate de quinine détruit l'état morbide de l'estomac et de la langue. Les femmes délicates, dit-il, perdent quelquefois une partie de leur sommeil, et cet état d'insomnie s'accompagne souvent de sensations particulières dans la tête qui disparaissent par l'administration d'un purgatif ou l'interruption du médicament. L'émaciation, une irritation gastrique considérable, l'altération des mamelles et des testicules, ne surviennent qu'après l'usage de l'iode pur. Chez deux malades qui prirent par méprise deux drachmes d'iodure dans un jour, il survint du malaise, de la douleur à la gorge, des coliques, des vomissements et une purgation à un degré modéré, de la fréquence du pouls et de l'épuisement. Tous ces symptômes disparurent promptement. Plusieurs malades furent pris, pendant qu'ils étaient sous l'influence de l'iodure, d'une vive douleur à la partie antérieure et inférieure du côté gauche, précisément au centre de la surface formée par les fausses côtes, avec toux, difficulté de respiration et fièvre. Dans tous les cas l'affection se

termina sans accident. Le médicament fut suspendu et repris ensuite sans inconvénient. Chez un malade en particulier, il se manifesta une forte indigestion, un pouls fréquent et tremblotant, de la céphalalgie, et un état particulier des yeux; — les pupilles étaient dilatées, et les globes oculaires dans un état de mouvement continuel. Il fut ensuite pris de symptômes de paralysie d'un côté du corps, précédée de tremblements musculaires, qui persistèrent pendant trois semaines, et se terminèrent favorablement. M. Ricord affirme que les bons effets de l'iodure de potassium ont été constants dans sa pratique, mais non produits avec une égale rapidité, différant en cela de M. Mayo, qui dit qu'aucun médicament n'agit avec autant de promptitude; cependant la nécessité d'en continuer l'usage longtemps n'est pas douteuse. Autant que j'ai pu l'observer moi-même, l'iodure de potassium ne donne lieu à aucun symptôme fâcheux, pourvu qu'on le donne à doses modérées, et qu'on ne l'associe pas à l'iode pur. Des symptômes apoplectiques et paralytiques se développent pendant la durée des symptômes tertiaires, et on les attribue au mercure ou à l'iodure; mais il est difficile de croire que la plus grande partie du mal puisse être rapportée au remède. Pour un adulte il suffit de commencer par une dose de cinq grains répétée cinq fois par jour, et que l'on porte graduellement à sept ou huit. Le docteur William pense que bien que certaines constitutions soient affectées par un ou deux grains, le dose moyenne doit être de huit grains trois fois par jour, car, dit-il, une dose plus faible peut à peine être prescrite. Quand les souffrances des malades sont tellement intenses qu'elles réclament un soulagement immédiat, on doit employer des doses aussi élevées que l'estomac pourra les supporter selon les probabilités. Ce raisonnement n'est pas toutefois concluant; en effet, si la dose du médicament est suffisante pour exciter ou faire craindre des symptômes fâcheux, on sera obligé d'en suspendre l'usage pendant quelque temps, et finalement recourir à des doses plus faibles, qui, si elles avaient été employées d'abord, auraient probablement dissipé les symptômes sans aucun accident et sans aucun retard. Le docteur Williams remarque que lorsque le mercure a été donné préalablement sans succès, la quantité d'iodure nécessaire pour la cure du malade est souvent beaucoup plus considérable que dans le cas contraire.

Revue de la valeur comparative du mercure et de l'iode dans le traitement de la syphilis. — Si nous jetons maintenant un coup d'œil sur ce qui a été écrit, nous pouvons promptement déterminer la valeur comparative du mercure et de l'iode dans le traitement de la syphilis. — Le mercure et l'iode forment les deux moyens sur lesquels peut être fondé le meilleur et le plus inoffensif traitement des divers symptômes syphilitiques, quoique ni l'un ni l'autre ne puissent être considérés comme spécifiques ni employés convenablement d'une manière empirique: — le mercure et l'iode, quand leur administration est dirigée par l'observation, la raison et l'expérience, associés à tel autre médicament que l'art emploierait en mettant de côté toute idée de spécificité comme réclamant l'emploi aveugle d'un agent spécifique, demeurent seuls et infiniment supérieurs à toutes les autres substances fournies par la matière médicale; — l'usage modéré du mercure convient à toutes les formes de la syphilis, mais spécialement dans l'induration primitive. — Dans la syphilis constitutionnelle l'usage modéré du mercure est presque un *sine quâ non* dans la grande majorité des symptômes secondaires, mais nuisible ou inutile dans les tertiaires. — L'iode est inerte dans presque tous les symptômes primitifs, à l'exception de quelques formes d'ulcères phagédémiques accompagnés d'une grande débilité et d'une altération de la santé. — Dans la syphilis constitutionnelle, c'est un remède moins avantageux que le mercure dans la plupart des symptômes secondaires, à l'exception de quelques cas graves d'éruptions pustuleuses, d'ulcères phagédémiques de la gorge, de rupia, et d'ulcères secondaires de mauvaise nature, symptômes tous accompagnés d'un état cachectique et de débilité de la constitution; tandis que dans les symptômes tertiaires l'iode est très-supérieur au mercure, et ses effets sont plus manifestes et plus certains que dans aucune autre espèce d'affection. — Le mercure et l'iode peuvent être très-avantageusement associés dans certains cas qui présentent un mélange de symptômes secondaires et tertiaires. — Plusieurs préparations mercurielles ayant une action locale et générale, sont applicables aux différents symptômes de la syphilis, mais une action constitutionnelle modérée, capable de triompher de la maladie, doit être préférée. — La seule forme d'iode qu'on peut appliquer avec sécurité au traitement de la syphilis est l'iodure de potassium, qui ne doit jamais être porté au delà d'une dose modérée. — Quelque avantageux que soit l'iodure de potassium dans certaines formes de la syphilis, il ne saurait être substitué avec avantage au mercure dans la grande majorité d'entre elles.

Ce long exposé des différentes doctrines de thérapeutique vénérienne est suivi de douze observations qui n'ajoutent rien à la valeur des différentes opinions émises dans le cours du travail, et qui n'ont pas assez d'intérêt par elle-mêmes pour que nous les rapportions ici.

Si nous voulions discuter sérieusement chacune des observations contenues dans cette compilation, nous serions entraînés bien au delà de l'examen critique qu'elle nous paraît mériter. Nous nous contenterons donc de quelques réflexions générales. La première portera sur le but que l'auteur s'est proposé en entreprenant son travail; ce but, ainsi qu'il le dit en commençant, est d'arriver à déterminer le meilleur mode de traitement de la syphilis, en interrogeant d'un œil impartial les opinions des auteurs les plus accrédités. Sans examiner ici la manière plus ou moins heureuse dont l'auteur a choisi et surtout comparé ses autorités, nous dirons que son but ne pouvait être atteint par le procédé qu'il a employé. On comprend que si les différents auteurs avaient rapporté à l'appui de leurs opinions des observations complètes, nombreuses, authentiques, comparables, on pourrait, en les étudiant rigoureusement, arriver à une conclusion en faveur de telle ou telle méthode; mais quel sera le moyen de se prononcer entre deux autorités lorsque l'une dira que dans la syphilis primitive simple, par exemple, la mercure est plus nuisible qu'utile, tandis que l'autre dira tout le contraire? si ces deux autorités ont une importance très-différente par la solidité de leur esprit, on pourra sans doute, avec de grandes probabilités, se prononcer en faveur de la meilleure (et nous devons dire que M. Hocken n'a pas toujours fait avec succès cette distinction, ni même souvent cherché à la faire, mais si les deux autorités ont à peu près une égale importance, qui pourra nous autoriser à opter pour l'une contre l'autre? M. Hocken a fait dans cette circonstance comme ce botaniste qui crut arriver à la meilleure méthode en comparant jusque dans leurs plus minces détails les innombrables systèmes imaginés jusqu'à lui, et en en prenant en quelque sorte la résultante; travail immense et digne d'un meilleur sort. Si nous n'avions donc eu en vue que le but de l'auteur, nous nous serions dispensés de reproduire son travail; mais nous avons jugé que ce travail serait utile surtout comme représentant l'opinion de la plupart des praticiens célèbres d'Angleterre, opinion qui prouve combien il reste de doute sur la vaste histoire de la syphilis, combien il nécessaire de l'étudier encore pour la porter au degré de perfection où tant d'esprits la croient déjà parvenue. La plupart des questions de détail que renferme le mémoire de M. Hocken sont en effet posées, mais non résolues; la seule utilité qu'elles puissent avoir, c'est de montrer les points sur lesquels il est le plus urgent de diriger nos investigations.

Nous ne dirons rien de la manière dont l'auteur a exécuté son travail, même à son point de vue; nous croyons pouvoir affirmer seulement que s'il se trouve quelque confusion, quelque obscurité, quelques répétitions sans but, la faute ne doit pas en être imputée au traducteur. Nous ajouterons enfin en terminant que les travaux du genre de celui qui précède, sans être entièrement dépourvus d'utilité, n'auraient cependant de nombreux imitateurs qu'au détriment de la science. C'est là heureusement une vérité généralement sentie en France, à savoir que le progrès doit surtout résulter aujourd'hui d'une observation attentive, mais cette vérité est beaucoup moins généralement reconnue à l'étranger, et il n'est pas sans utilité de la rappeler de temps temps à la mémoire de ceux qui consacrent leur activité à la science.

SUR L'INFLUENCE THÉRAPEUTIQUE DU BAUME DE COPAHU ET DU POIVRE CUBÈBE DANS LES AFFECTIONS BLENNORRHAGIQUES DE L'URÈTRE, D'APRÈS LES OBSERVATIONS RECUEILLIES DANS LE SERVICE DE M. DIDAY, CHIRURGIEN DE L'HOSPICE DE L'ANTIQUAILLE.

M. Jacquetant, interne des hôpitaux de Lyon, a publié, dans la *Gazette médicale*, un mémoire sur l'influence thérapeutique du baume de copahu et du poivre de cubèbe dans les affections blennorrhagiques du canal de l'urètre.

Dans ce mémoire, l'auteur a établi d'abord la spécificité de ces médicaments contre la blennorrhagie, mais il a surtout cherché à démontrer que cette spécificité d'action n'existe qu'à la condition d'amener une dérivation plus ou moins forte sur le tube digestif. Se fondant sur cette donnée, M. Jacquetant a été conduit à employer des purgatifs (1) plus ou moins actifs, en même

(1) M. Gay, médecin anglais, préconise aussi l'emploi des purgatifs dans le traitement de l'orchite blennorrhagique (V. Annales, etc., t. 1, p. 384.)

temps qu'il administrait les médicaments antiblennorrhagiques, et il a consigné les résultats de ces expériences dans une série de vingt observations jointes à son mémoire.

Nous avons cru devoir reproduire ici les notes que M. Diday a ajoutées lui-même aux considérations toutes pratiques de M. Jacquetant.

Les observations qui précèdent ayant pour la plupart été recueillies dans mon service, je suis heureux d'avoir ici l'occasion de reconnaître publiquement l'exactitude avec laquelle les détails en ont été relevés par M. Jacquetant. Depuis l'époque à laquelle ce mémoire a été rédigé, j'ai continué à employer, soit à l'hôpital, soit dans ma pratique particulière, le système de traitement par les antiblennorrhagiques associés aux purgatifs; et des succès multipliés ont confirmé l'issue favorable des premiers essais dont M. Jacquetant a consigné l'histoire dans le travail ci-dessus. L'opiat que je prescris le plus habituellement dans mon service est ainsi composé :

Baume de copahu.............	12 grammes.
Poivre cubèbe................	18 grammes.
Poudre de jalap..............	3 grammes.
Gomme-gutte..................	3 décigram.
Sirop de roses pâles...........	q. s.

Pour faire un opiat que l'on prend en deux fois dans la journée.

Mon principal but en ajoutant ces quelques mots au mémoire de M. Jacquetant, a été de faire connaître les résultats d'une sorte de vérification à laquelle je crus devoir soumettre les idées qui y sont exprimées. En voyant guérir sous mes yeux tant de malades par l'usage de l'opiat antiblennorrhagique purgatif, ma première pensée fut d'attribuer la disparition de l'écoulement, à la révulsion énergique exercée sur le tube digestif bien plutôt qu'à l'action spécifique du copahu et du cubèbe. M. Ricord, à qui je fis part de ces faits, lors de mon voyage à Paris en février 1844, n'hésita pas à les expliquer de cette manière; il les assimila, je me le rappelle parfaitement, à ces exemples de guérison que les militaires obtiennent assez fréquemment par l'injection à doses énormes des drastiques les plus actifs. La raison elle-même semblait m'imposer une pareille manière de voir. Comment comprendre, en effet, qu'un médicament qui, *rationnellement parlant*, ne doit agir qu'à la condition d'être absorbé, agira au contraire d'autant mieux qu'on l'associera à un purgatif qui le fait, pour ainsi dire, glisser sur la surface absorbante sans s'y arrêter?... C'était là pourtant ce que démontraient les faits. Forcé de les admettre, je me trouvais donc réduit, pour les expliquer, à choisir entre les deux suppositions suivantes : ou les médicaments antiblennorrhagiques puisent dans leur union avec les purgatifs un excès de puissance médicatrice bien réelle, quoique sa cause nous échappe; ou bien la supériorité d'action de ce mélange n'est due qu'à l'effet de répulsion opéré par les purgatifs sur le canal intestinal. Un moyen facile se présentait pour décider laquelle de ces deux hypothèses méritait créance : administrer les purgatifs seuls, sans les antiblennorrhagiques, et observer le résultat: car si ce résultat était une guérison, il tranchait la question et donnait évidemment à l'action révulsive tout l'honneur des succès dont je cherchais à déterminer la cause. J'expérimentai donc dans cette voie. A plusieurs malades affectés de blennorrhagie, je prescrivis un mélange contenant les mêmes substances purgatives, et aux mêmes doses qu'elles se trouvent dans l'opiat formulé ci-dessus, mais sans leur unir le copahu et le cubèbe. La purgation fut ordonnée à la même période de la blennorrhagie que celle où l'opiat réussissait habituellement, et on la renouvela de manière à obtenir un très-grand nombre de selles. Malgré la similitude de toutes ces conditions, la blennorrhagie n'éprouva pas dans son cours le moindre amendement, ne perdit rien de son intensité. Les trois observations suivantes recueillies avec beaucoup de soin par mon interne, M. Bruny, mettent ces faits en évidence. Après les avoir lues, il sera, je crois, impossible de penser encore que l'influence curative de l'opiat que je recommande soit due aux purgatifs, puisque les purgatifs seuls, employés dans des circonstances tout à fait pareilles, ont complétement et constamment échoué.

OBSERVATION 1.

Claude Mo., âgé de 22 ans, brasseur de bière, entra à l'Antiquaille le 1er mai 1844, pour une blennorrhagie datant de huit jours, avec écoulement assez abondant et symptômes inflammatoires fort modérés. M. Diday prescrit à la visite du 2 l'opiat suivant à prendre dans la journée :

Miel	30 grammes.
Poudre de jalap............	3 grammes.
Gomme-gutte............	3 décigram.

Dans la journée, il y eut six selles. Le lendemain, 3 mai, même prescription; 7 selles. L'écoulement n'a point diminué. Le 4, on ajoute à la formule ci-dessus 1 gramme de jalap. Sous l'influence de cette médication, le malade a 7 ou 8 selles par jour. Aucune amélioration ne se manifestant néanmoins dans la blennorrhagie, on supprime l'opiat, et à partir du 6 on le remplace par 25 grammes de poivre cubèbe. Le 9, l'écoulement a presque totalement dis-

paru. On continue le médicament, et le malade, complétement guéri dès le 12 mai, est gardé jusqu'au 15, pour mieux constater la solidité de la cure.

OBSERVATION 2.

Vincent Me., âgé de 26 ans, entra à l'Antiquaille le 7 mai, ayant depuis neuf jours un écoulement abondant et verdâtre avec douleurs en urinant. On prescrit l'opiat ci-dessus, qui amène, au dire du malade, 12 à 14 selles dans la journée, sans modifier en rien la quantité de l'écoulement. Le 8, même ordonnance; 6 selles. Le 9, 3 évacuations seulement. Aucun changement dans les symptômes. Le 10, on supprime l'opiat et on le remplace par 30 grammes de poivre cubèbe, à prendre en six fois dans la journée. Dès le lendemain, la blennorrhagie a diminué. Cette marche favorable est entretenue par la continuation du cubèbe à la même dose. Le 16 et le 18, deux bains de vapeur. Le malade sort guéri le 24 mai.

OBSERVATION 3.

Joseph V., âgé de 23 ans, marié, entre à l'Antiquaille le 24 mai, présentant tous les symptômes d'une blennorrhagie aiguë. L'écoulement dure depuis cinq jours; il est abondant et de couleur blanc verdâtre. Le 25, l'opiat formulé comme ci-dessus est administré. Le lendemain 26, lorsqu'on demande au malade combien il a eu de selles, il répond qu'il a été trop fréquemment à la garde-robe pour avoir pu compter: la même prescription est réitérée. Il y a sept selles dans la journée. L'écoulement n'a point diminué. Le 27, l'opiat n'amène que quatre évacuations. La blennorrhagie demeurant à l'état de *statu quo*, on supprime le mélange purgatif et on fait prendre 30 grammes de cubèbe par jour. La maladie marche dès lors à la guérison, et, le 8 juin, le malade se trouve si bien qu'il veut s'en aller, malgré l'avis contraire du médecin.

Ce malade, revu depuis, n'est pas encore guéri, chose facile à prévoir, puisque l'écoulement n'était pas entièrement supprimé lorsqu'il voulut quitter l'hôpital. Mais l'insignifiance des purgatifs n'en reste pas moins démontrée par ce fait aussi bien que par les deux autres.

(*Gazette médicale.* — 6 juillet 1844.)

EMPLOI DES PRÉPARATIONS D'OR ET D'ARGENT DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS, par *M. Payan* (d'Aix).

Le traitement par les préparations d'or ne peut être, dit M. Payan, érigé en méthode générale; il convient de le réserver, 1° pour les cas de syphilis dans lesquels les mercuriaux ont échoué, le mal persistant alors à être réfractaire à son action; 2° pour ceux où une intolérance marquée des préparations mercurielles ne permet pas à l'économie de les supporter convenablement; 3° pour ceux où l'inefficacité du mercure paraît tenir à une complication scrofuleuse; 4° pour ceux encore où les accidents dépendent moins peut-être de la syphilis que d'une hypersaturation mercurielle, qui est capable d'engendrer des accidents parfois analogues à ceux de la syphilis tertiaire. M. Payan rapporte l'observation suivante de guérison de carie des os naseaux par les préparations d'or.

Une femme de Gardane, forte, quoique lymphatique, âgée de 34 ans, entre comme pensionnaire à l'Hôtel-Dieu dans les premiers jours de janvier 1834, pour s'y faire traiter d'une affection très-rebelle qu'elle portait au nez depuis près de deux ans. Son nez était déformé, plus volumineux que dans l'état normal, un peu aplati à sa région dorsale. Il présentait vers son milieu une plaie fongueuse, suppurant, conduisant par un point fistuleux jusque dans les fosses nasales, et communiquant par d'autres avec les os naseaux; il s'écoulait aussi par les fosses nasales un pus grisâtre quand la malade se couchait. Ajoutons que quelques parcelles osseuses provenant des os naseaux avaient été entraînées par la suppuration.

Pendant les deux ans de durée de la maladie, les remèdes n'avaient pas manqué à cette femme. Ils avaient principalement été choisis dans la classe des antisyphilitiques ou des antiscrofuleux.

Lorsqu'on questionna cette femme sur sa vie passée, pour reconnaître ou découvrir à quelle cause il fallait attribuer le mal qui depuis si longtemps la tourmentait, elle déclara que réellement, quelque temps avant qu'il ne parût, elle avait eu un écoulement gonnorhéique qu'elle avait lieu de croire virulent et que cependant elle n'avait pas fait soigner. On crut dès lors juger, non sans raison, que la maladie du nez pouvait bien, elle aussi, être de nature syphilitique, être le symptôme de quelque syphilis constitutionnelle dont la gonorrhée virulente aurait été le début.

Quoi qu'il en soit, faisant attention à l'inutilité des moyens qui avaient été jusque-là administrés, le chirurgien, alors chef du service des blessés, eut l'heureuse idée de lui prescrire les préparations d'or, qui n'avaient pas encore été essayées, et qui, susceptibles d'agir encore sur le mal, soit qu'il fût syphilitique, soit qu'il fût seulement humoral ou scrofuleux, étaient doublement indiquées. La tisane de salsepareille fut également prescrite.

Le traitement dura deux mois complets. Seulement nous avions soin d'augmenter nous-même les proportions des remèdes à mesure que nous pensions que l'économie, trop accou-

limitée aux doses premières, avait besoin de cette augmentation pour que leur efficacité ne restât point sans effet. Ainsi, tandis que dans le commencement elle employait seulement un tiers de centigramme d'hydrochlorate d'or en frictions sur la langue, et qu'elle prenait seulement une pilule d'un tiers de centigramme d'oxyde d'or, nous en vînmes successivement à des doses un peu plus fortes, de manière que quand un demi-décigramme était fini, le suivant était partagé en un moins grand nombre de pilules ou de paquets.

Trois mois après le commencement de ce traitement, qui n'eut lui-même que deux mois de durée, la guérison complète était obtenue. L'ulcère fistuleux était cicatrisé : il ne sortait plus de pus des fosses nasales. Le nez de cette femme enfin eût été comme avant son affection, si la perte d'une bonne partie des os naseaux, détruits par la carie spéciale, n'avait rendu le dos du nez enfoncé et déprimé vers son tiers supérieur.

M. Payan s'est livré à quelques essais des préparations d'argent, que M. Serres, de Montpellier, a, comme on sait, préconisées dans le traitement de la syphilis. Mais, ainsi que M. Payan en fait l'aveu, ces essais ne sont ni assez nombreux, ni surtout assez concluants pour qu'on puisse se former une conviction sur la valeur de ce moyen, auquel M. Ricord refuse toute propriété antisyphilitique. Tels qu'ils sont, néanmoins, nous les croyons dignes d'être connus.

OBSERVATION 1.

Reverchon, soldat, avait eu un chancre en septembre 1841, lequel avait été traité localement par le chirurgien de la caserne, avec de la poudre de calomel. Deux mois après la disparition de ce chancre, des excroissances apparurent au fondement. Entré à l'hôpital le 3 février, je reconnais quatre crêtes de coq à la marge de l'anus.

Je prescris un bain, la cautérisation avec le nitrate oxyde de mercure, et pour le lendemain la formule suivante :

Pr. Chlorure d'argent.......... 5 centigram.
Poudre d'iris de Florence... 1 décigramme.
M. divisez en douze paquets égaux.

Friction sur la langue chaque jour, avec un paquet, pendant un quart d'heure. De plus, une pilule le soir avec un demi-centigramme d'oxyde d'argent.

Le 11 février, nous augmentons d'une pilule.

Il est sorti le 30 mars guéri. Pendant le traitement, nous avons répété la cautérisation, nous avons touché avec le nitrate d'argent une gerçure externe.

La circonstance des cautérisations empêchera peut-être d'attribuer aux préparations d'argent la guérison. Nous n'osons regarder ce cas comme concluant.

OBSERVATION 2.

Bubon et chancres ; emploi des préparations d'argent et guérison. — Le soldat Pucheu entre le 16 janvier de cette année dans nos salles. Il est atteint d'un bubon à l'aine gauche qui, dit-il, n'a été précédé d'aucun chancre. Cependant il y a un mois qu'il a cohabité avec une fille publique. Le bubon présente déjà un peu de fluctuation.

Le 18, je fais mettre dessus un peu de poudre de Vienne, pour faciliter par le caustique l'évacuation du pus. Le 21, la suppuration se fait jour. Un élève fait deux inoculations avec ce pus. Ce fut l'origine de deux chancres à la cuisse, et la cautérisation avec le nitrate d'argent n'en arrêta pas le développement.

Le 23 janvier, je prescris : frictions sur la langue avec un douzième de grain ou 4 milligrammes de chlorure d'argent, le matin ; une pilule d'un demi-centigramme d'oxyde d'argent, *ad usum*.

Le 10 février, augmentation d'une pilule.

Le 26 février, le traitement n'a pas été interrompu. Déjà la plaie chancreuse du bubon est guérie complétement. Les deux chancres provenant de l'inoculation persistent, sont blafards même. Je les fais couvrir d'onguent de styrax. 10 mars, le malade est bien guéri et sort de l'hôpital après 53 jours de séjour dans cette maison.

Ces accidents syphilitiques n'ont-ils pas été modifiés par les préparations d'argent?... Ce que nous pouvons dire, c'est qu'ils nous ont paru tendre à la guérison, aussi bien que si nous avions employé les mercuriaux.

OBSERVATION 3.

Un homme de la campagne, Nicolet, entre atteint de deux bubons aigus, dont l'un, celui de l'aine gauche, est déjà suppurant par une ouverture qui s'y est établie. Ces bubons sont évidemment syphilitiques. Entré le 3 février, je le soumets, le 18, à cause du mauvais état de la plaie du bubon ouvert, à l'usage d'une pilule d'oxyde d'argent et d'un paquet de chlorure du même métal, comme à l'observation précédente. Sous l'influence de cette médication, la plaie se détergea, et quand malgré nous le malade est sorti le 5 mars suivant, il était en voie manifeste de guérison.

Sans aucun traitement interne les bubons se seraient-ils ainsi modifiés?...

OBSERVATION 4.

Le 20 février, nous voyons à la visite une fille publique atteinte de cinq ou six pustules larges, humides, à la face interne de chacune des grandes lèvres. Traitement par le chlorure et l'oxyde d'argent. Le 4 mars suivant il n'en reste plus de trace.

Est-ce le chlorure d'argent et l'oxyde de même métal qui ont procuré cette guérison rapide?...

OBSERVATION 5.

Au nº 120 de la salle des hommes est placé un soldat atteint d'une inflammation gutturale avec ulcérations superficielles aux amygdales. Il y a en outre surdité ou dureté considérable de l'ouïe, le tout consécutif d'une vérole constitutionnelle.

Le 6 mars, je lui marque le chlorure d'argent en frictions sur la langue, à la dose d'un demi-centigramme pour le matin, et pour le soir une pilule d'un demi-centigramme encore d'oxyde d'argent.

Le 16 mars, j'augmente d'une pilule, tout en continuant le paquet.

Le 5 avril, il est bien mieux : la dureté de l'ouïe a diminué considérablement; la phlogose chronique est plus faible aussi du gosier. Mais je dois ajouter que le malade faisait aussi usage des gargarismes alumineux. Faut-il rapporter aux gargarismes l'amélioration, ou plutôt n'est-elle pas l'effet des préparations d'argent?...

Ayant quitté le service le 6 avril, nous avons su plus tard que deux jours après, le malade, qui se sentait bien soulagé, a quitté l'hôpital.

OBSERVATION 6.

Un étudiant en droit contracte, au commencement de février, une blennorrhagie très-mauvaise. Il survient une orchite, à la suite d'une légère fatigue; il fallut saigner deux fois, appliquer des sangsues, tenir à la diète, aux boissons délayantes, etc.

Dans les derniers jours du mois, l'écoulement persiste toujours : bains, boissons délayantes, régime doux, etc.

25 mars, persistance de l'écoulement, ardeur, en urinant, près de l'orifice du gland. Ce dernier est tuméfié, depuis le commencement du traitement et de la maladie, près du méat. Cette circonstance, la ténacité du mal, le point douloureux fixe en urinant, me font opiner qu'il pourrait bien y avoir un petit chancre intérieur, cause de la durée du mal. Je crois à une gonorrhée virulente, et je prescris le chlorure et l'oxyde d'argent, comme aux observations précédentes. Peu de jours après, le mieux commença à paraître. Nous vîmes, dans une dizaine de jours, s'affaiblir la petite tumeur du gland, et un mois n'était pas encore écoulé que déjà la guérison était obtenue tant de l'écoulement que de l'irritation du gland et du canal.

Il nous a réellement paru que, dans ce cas, le traitement par l'argent avait agi aussi bien que l'aurait fait un traitement par le mercure.

H.

(*Journal méd. de Bordeaux.*)

Remarques. — On a préconisé à différentes reprises les propriétés anti syphilitiques des préparations d'or et d'argent : les dernières ont surtout été mises en relief par M. Serres, de Montpellier. Expérimentées depuis par plusieurs praticiens, ces diverses préparations viennent d'être essayées de nouveau par M. le docteur Payan : il est vrai de dire que quant aux préparations d'or, il ne les considère et ne les emploie que comme succédanées du mercure; que quant à celles d'argent, il n'expose qu'avec réserve les bons résultats qu'il en aurait obtenus. Nous avons dû cependant mentionner ces nouvelles tentatives : elles nous donnent d'ailleurs l'occasion de dire que nous aussi, nous avons expérimenté les préparations d'or, très-vantées il y a déja longtems, et cela sans effets bien précis; qu'après M. Serres nous avons essayé avec Biett, celles d'argent, et, il faut bien le reconnaître, avec des résultats complétement négatifs. Il est désolant de voir de pareils mécomptes à la suite d'expérimentations faites dans le même but et avec la même bonne foi; nos expériences ont été aussi complètes que possible sur le point en question, et dans le prochain numéro je rapporterai à l'appui de ce que j'avance quelques-unes des observations que nous ont permis de recueillir nos essais sur les préparations d'argent.

SUR LE TRAITEMENT DE LA LÈPRE VULGAIRE, PAR JOHN-CHARLES HALL, M. D.

Au mois de décembre 1843, mon ami le docteur Dixon de Teichil m'envoya en consultation M. R..., âgé de 20 ans. Il était de taille moyenne, avait les cheveux blonds, et paraissait avoir souffert gravement de la petite vérole, qu'il avait eue dans son enfance. Il me dit que depuis trois ou quatre ans, il était affecté de la lèpre, et qu'il avait consulté plusieurs médecins et chirurgiens, mais sans aucun succès. Il me montra plusieurs prescriptions d'après lesquelles je vis que la teinture de Fowler était le médicament qui avait été le plus usité, et, au dire du malade, il avait toujours produit plus de mal que de bien. La maladie apparut d'abord au coude et au genou, et de là s'étendit sur la plus grande partie du corps; les mains et les racines du nez étaient les parties actuellement les plus affectées, et de larges plaques couvraient la partie inférieure de l'abdomen. Les ongles des doigts étaient très-épaissis, opaques, d'une couleur jaune sale et recourbés à leurs extrémités. La peau était enflammée, et la démangeaison si vive, que le pauvre homme avait la vie à charge. La largeur des plaques écailleuses variait entre celle d'une sixpence et d'une demi-couronne. Dans quelques parties, la maladie

ne paraissait entamer que la partie la plus superficielle de la peau; dans d'autres, celle-ci semblait envahie dans toute son épaisseur. Le pouls était plein et la langue chargée. Cet homme était horloger, mais n'avait point travaillé depuis quelque temps, ayant, comme il le disait, perdu sa *chair* et ses forces; il prenait de la viande et de la bière pour se réconforter.

J'ordonnai à M. R.... de laver les parties avec une légère solution aqueuse de gruau, et je lui recommandai, lorsqu'il serait venu chez lui, de se confier aux soins de mon ami le docteur Dixon, qui le verrait chaque jour, ce que je ne pouvais faire, sa demeure étant à dix ou douze milles au moins de Belfort; il se rendit à mes conseils, et, sur ma recommandation, la méthode de traitement suivante fut adoptée : Il fut saigné de quatorze onces.

Pilules bleues............. un scrupule.
Extrait d'hyosciamus........ un scrupule.
Extrait composé de coloquinte. un scrupule.

Mêlez pour faire 12 pilules, à prendre une par nuit.

℞ Sulfate de magnésie............ 1 once.
Carbonate de magnésie...... un scrupule.
Décoction de cannelle........... 8 onces.

Mêlez à prendre une once le matin et une once dans le milieu de la journée.

Au bout d'une semaine, le malade m'appela de nouveau. La langue était nette, et le malade paraissait mieux quant à la santé générale; l'état de la peau était le même. M. Dixon me dit que le sang était couenneux et rétracté. —Continuer la mixture et les pilules; se faire saigner de douze onces, et se soumettre à une diète lactée. Le samedi suivant je revis le malade; la démangeaison était beaucoup calmée. Le sang était couenneux. — Saignée de six onces; continuer les pilules et la mixture. Après cinq jours, je vis de nouveau le malade; amélioration croissante dans la santé générale; augmentation de l'embonpoint. — Prendre tous les trois jours un bain à 30° Fahr. (32° cent.), avec l'eau d'Harrowgate, comme le recommande le docteur Duffin (1).

℞ Pilules de Plummer..... 8 grains chaque soir.

℞ Liqueur d'hydriod. d'arsenic et de mercure, ci .... 1 once et demie.
Sirop de gingembre........ 1 once.
Eau distillée.............. 9 onces et demie.

Mêlez. A prendre deux cuillerées à bouche matin et soir.

Cette dose de liqueur d'hydriodate d'arsenic et de mercure (trente gouttes deux fois par jour) fut, après la première semaine, augmentée de manière que le malade prenait cette dose trois fois par jour, puis la dose de quarante gouttes également trois fois par jour; on la continua jusqu'à ce que l'accélération du pouls, une pesanteur incommode des paupières, la blancheur de la langue accompagnée de rougeur à ses bords et à sa pointe, m'indiquassent de suspendre pendant une semaine. Un sel apéritif fut donné, et quand les symptômes ci-dessus mentionnés eurent disparu, on reprit le médicament et l'on persévéra avec opiniâtreté dans son administration. Le premier changement favorable observé fut la disparition des écailles au centre des taches, et il semble résulter beaucoup de bien de l'usage de l'onguent suivant employé matin et soir: *onguent étendu de nitrate acide de mercure*, une demi-once; *emplâtre de poix*, une demi-once; mêlez pour une onction.

Après qu'on eut fait usage de la solution d'hydriodate d'arsenic et de mercure, aux doses indiquées, pendant plus de deux mois avec un mois d'intervalle, le médicament fut suspendu pendant dix jours, et repris à la dose de vingt gouttes trois fois par jour pendant un autre mois à la fin duquel le malade sembla parfaitement bien.

Il m'appela de nouveau le 6 avril 1844. Il semblait être en bonne santé, et vivait, depuis la dernière visite qu'il m'avait faite, un peu trop librement. Il avait mangé de la viande et bu de l'âle. La raison pour laquelle il m'avait appelé, était la découverte d'une ou deux plaques sur l'œil droit et sur la main, de la largeur d'un petit pois. J'ai de nouveau recommandé au docteur Dixon de le soigner, et, après une purgation active, il a encore pris la solution d'hydriodate d'arsenic et de mercure pendant un mois à la fin duquel, je n'en fais aucun doute, cette fâcheuse et longue maladie aura disparu. (*The Lancet*, 29 juin 1844.)

Cette observation est suivie de quelques remarques peu importantes sur les causes, la pathologie et la thérapeutique de la lèpre vulgaire. On doit regretter que l'auteur, qui préconise la solution d'iodhydrate d'arsenic et de mercure dans cette maladie une fois que l'état inflammatoire est dissipé, n'ait pas cru devoir donner plus d'autorité à ses paroles, en se montrant moins absolu à propos de l'observation du fait qu'il a rapporté à l'appui de son opinion. Evidemment dans cette maladie essentiellement chronique, et comme telle exposée à de fréquentes oscillations de mieux et de pis, on ne peut pas nier l'efficacité de la médication qui a été employée; mais il faut suivre pendant longtemps les guérisons, et à plus forte raison si ces guérisons sont elles-mêmes de simples probabilités; certainement l'auteur ne fait pas de doute que la maladie n'ait dû disparaître sans retour à la fin de la dernière prescription, mais on sait combien on peut se tromper sur ce point. Au reste, ce que nous disons ici est moins dans l'intention de contester l'efficacité de la solution d'iodhydrate d'arsenic et de potasse, que dans le but de prémunir contre cette manière un peu superficielle d'observer, qui est encore en honneur auprès de tant d'esprits.

(1) Ce bain est ainsi préparé: Dissolv. 2 drachmes de sulf. de magnésie, dix grains de bitartrate de potasse, et un demi-drach. de sel polychreste (sulf. de pot.) dans 24 onces d'eau chaude. La température de la solution, lorsqu'on s'en sert, doit être à 95° Fahr.

Typ. Lacrampe et Comp., rue Damiette, 2.

2e ANNÉE. — 2e VOLUME. — N° 2. — SEPTEMBRE 1844.

ANNALES DES MALADIES DE LA PEAU ET DE LA SYPHILIS,

PUBLIÉES

Par Alph. CAZENAVE,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Médecine, etc.

Periculosum est credere et non credere.

DES LÉSIONS DE SENSIBILITÉ DE LA PEAU SIÉGEANT DANS LE CORPS PAPILLAIRE.

ANESTHÉSIE.— HYPERESTHÉSIE.—PRURIT.— PRURIGO. — LICHEN.

(Deuxième article.)

Nous avons vu jusqu'ici l'hyperesthésie de la peau caractérisée par une exagération douloureuse de la sensibilité, le plus souvent par un prurit, mais sans modification matérielle, sans apparence d'éruption. Il arrive souvent, d'un autre côté, que cette hyperesthésie soit accompagnée d'un gonflement plus ou moins passager des papilles elles-mêmes. Le développement anormal des papilles, à l'état permanent, accompagné d'une douleur, et le plus ordinairement d'un prurit plus ou moins vif, constitue une des formes les plus intéressantes dans l'histoire des éruptions cutanées, la forme papuleuse. Deux variétés se présentent sous cette forme : dans l'une il y a développement, souvent considérable de la papille, mais sans inflammation véritable : l'élément nerveux des papilles et aussi la portion épidermique semblent seuls intéressés : c'est le *Prurigo*. Dans l'autre, il y a non-seulement gonflement de la papille moins considérable, il est vrai que dans le prurigo, au moins dans le plus grand nombre de cas ; mais il y a en outre les caractères de l'inflammation, rougeur, produits nouveaux ; ici l'élément vasculaire participe de l'affection, la papille tout entière est malade ; c'est le *Lichen*.

Disons tout d'abord que ces deux formes se présentent avec des différences de caractères assez tranchées pour constituer deux espèces distinctes, qui ont mérité à juste titre une double histoire, une double description.

Dérivé évidemment de *pruritus*, le mot prurigo a été employé par les anciens pour désigner tantôt des démangeaisons, sans signes extérieurs, tantôt certaines formes éruptives, papuleuses ou autres. Willan a assigné à cette dénomination une valeur précise et formelle. Le pathologiste anglais, et après lui Biett, en ont fait une maladie essentiellement papuleuse ; c'est à ce titre que je l'ai conservée dans ma classification, au point de vue du diagnostic, en portant d'ailleurs l'affection qu'elle représente aux lésions de la sensibilité de la peau (1), dont elle n'est plus qu'une variété.

(1) Cours sur les Maladies de la peau, 1841, 1842, 1843, 1844. Faculté de Paris.

Le prurigo est en effet une hyperesthésie de la peau, caractérisée par un prurit plus ou moins intense et par des papules plus ou moins larges, sans changement de couleur à la peau, isolées, distinctes, surmontées accidentellement d'une petite croûte noire centrale, résultat d'une gouttelette de sang coagulé.

Le prurigo se présente à des degrés bien différents d'intensité, circonstance qui en a fait distinguer deux espèces. Ou les papules sont petites, bien isolées, peu saillantes; et surtout elles ne sont accompagnées que d'un prurit léger, c'est le *Prurigo mitis*; ou bien, au contraire, les papules sont larges, nombreuses, aplaties, tout en présentant une saillie plus considérable; d'un autre côté, les démangeaisons sont très-vives, très-incommodes, elles augmentent le soir sous l'influence de la digestion, de la chaleur du lit, s'exaspérant alors au point que le malade croit percevoir la sensation d'insectes, de fourmis, par exemple, qui rongeraient la peau; c'est le *Prurigo formicans*, variété, dans laquelle on peut surtout signaler ce caractère accidentel, formé par une petite croûte noirâtre, qui résulte d'un petit épanchement de sang provoqué par le déchirement des ongles, et qui est très-importante souvent pour le diagnostic.

Willan avait admis un *Prurigo pédiculaire*, constitué par la présence de poux, souvent en très-grande quantité, et accompagné de démangeaisons très-vives, mais cette maladie ne saurait être considérée comme une variété des formes papuleuses, car l'éruption toute secondaire, tout accidentelle est ordinairement très-peu marquée, et quelquefois même n'existe pas.

Le prurigo peut se présenter sur tous les points de la surface du corps; mais il affecte cependant certains siéges de prédilection. Ainsi, c'est principalement au visage, au cou, aux membres qu'on le rencontre. Dans ce dernier cas, il se développe ou exclusivement ou d'une manière plus intense à la face externe, et cette circonstance mérite d'être notée par son importance pour le diagnostic. J'ai vu quelquefois le prurigo devenir général, mais c'est par exception, et surtout quand la maladie est très-ancienne.

Le prurigo développé spontanément, par exemple sous l'influence d'émotions morales vives, chez des sujets vigoureux, placés d'ailleurs dans de bonnes conditions de santé ou d'hygiène, peut suivre assez rapidement une marche décroissante, et se terminer après quelques septenaires; mais si au contraire cette hyperesthésie papuleuse affecte des sujets jeunes, mais dont la santé est altérée et appauvrie par la misère, dont la constitution est profondément débilitée par les privations, par l'habitation dans des lieux malsains, par de longues maladies, par des excès de tout genre, ou des vieillards affaiblis par l'âge, alors elle constitue une maladie réellement grave, qui peut persister pendant des années entières et même devenir incurable. La maladie fait souvent alors des progrès incessants, entretenue qu'elle est par des exacerbations successives et infinies : au bout d'un certain temps, la peau épaissie, comme parcheminée, chagrinée, est hérissée de papules larges, dures, globuleuses. Le prurit s'exaspère de plus en plus, et c'est surtout dans ce cas que les malades n'ont plus assez de leurs ongles pour se déchirer; pour eux, il n'est plus de corps assez durs; on en a vu employer vainement des couteaux ou des étrilles, pour éteindre les effroyables démangeaisons qui les tourmentaient. Le tableau que l'on a tracé de ces souffrances a pu paraître exagéré, et pourtant il est vrai de dire que le supplice des malades peut arriver au point de leur donner l'idée du suicide : j'ai vu de ces cas affreux, et je ne connais aucune expression qui puisse approcher de la vérité des scènes dont j'ai été témoin. Quand la maladie est arrivée à cet état, la peau est altérée profondément: elle présente un épaississement et une dureté considérables, on dirait un tissu dégénéré. Les points affectés sont le siége d'éruptions pustuleuses, de furoncles, d'abcès, entremêlés de véritables cicatrices. Sous l'influence des perturbations profondes subies par des malades, j'ai vu survenir l'insomnie, la fièvre, le marasme et la mort. Heureusement ces faits sont extrêmement rares, et le plus souvent l'affection prurigineuse ne constitue qu'un tourment plus ou moins intense, toujours très-opiniâtre, mais dans le plus grand nombre des cas sans danger réel.

Les causes que j'ai signalées plus haut, à propos de l'hyperesthésie de la peau, sans éruption papuleuse, sont aussi celles sous l'influence desquelles se développe le prurigo. Cependant il est surtout très-fréquent dans la seconde enfance; on le rencontre aussi plus souvent chez les hommes que

chez les femmes. Il y a pourtant quelques causes qui paraissent avoir une action spéciale sur la production de cette forme des éruptions papuleuses; ce sont surtout celles qui tendent à détériorer l'économie, ainsi la misère, les habitations malsaines, les privations, la malpropreté, enfin les excès de toutes sortes; ces derniers ont surtout un effet très-marqué sur la recrudescence et la persistance de l'affection; j'ai pu dans quelques cas constater l'influence héréditaire, mais il faut surtout reconnaître une prédisposition individuelle, résultat d'un état constitutionnel de la peau, sous l'empire de laquelle se développe, à la moindre influence occasionnelle, une éruption prurigineuse, souvent grave, et quelquefois interminable. Le prurigo n'est jamais contagieux.

Comme je l'ai dit déjà, non-seulement l'hyperesthésie de la peau peut consister simplement dans un prurit plus ou moins intense, et même dans un développement anormal des papilles, mais encore celles-ci peuvent être le siége d'une inflammation plus ou moins vive : c'est ce que l'on observe le plus ordinairement dans le lichen.

Cette dénomination employée par les anciens dans une foule d'affections différentes, a servi à désigner tantôt une maladie prurigineuse, tantôt des exanthèmes, tantôt même l'impétigo: mal appliquée depuis par Sauvages et par Alibert, elle a été enfin restreinte à un sens précis et formel par Willan, qui en a fait une affection papuleuse. Je l'ai, tout en lui laissant ce caractère, réuni au groupe des lésions de sensibilité.

Le lichen est donc pour moi une hyperesthésie de la peau, caractérisée par un prurit souvent très-intense, accompagnée de papules ou élévations pleines, solides, le plus ordinairement très-petites, agglomérées, quelquefois confluentes, quelquefois, il est vrai, de la couleur de la peau, mais présentant dans le plus grand nombre des cas une coloration plus ou moins rouge, et enfin par des produits d'inflammation, l'ulcération, la sécrétion d'un liquide séro-purulent, des squammes et même des croûtes.

Mieux encore que le prurigo, le lichen se présente à des degrés d'intensité bien différents, et constitue ainsi des variétés distinctes.

Quelquefois les papules sont très-petites, de la grosseur d'un grain de millet au plus, agglomérées, rouges, enflammées, elles s'accompagnent de chaleur et de prurit incommodes, mais supportables; au bout de trois ou quatre jours la rougeur diminue, les papules s'affaissent, le prurit s'éteint peu à peu; si enfin la maladie se termine par desquammation après deux septenaires, c'est le lichen simple aigu, forme toujours légère, autant que rare, bien que Willan ait établi qu'elle était toujours précédée de symptômes fébriles, ce qui ne paraît être exact que pour les cas où l'éruption est très-étendue.

Le plus souvent le lichen se montre avec les mêmes caractères, moins la rougeur des papilles, qui conservent la couleur de la peau, et dans ce cas l'éruption consiste dans de petites saillies, surtout appréciables au toucher. Elles peuvent rester stationnaires très-longtemps, ou la maladie peut être entretenue par des éruptions nouvelles, ce qui dans ces deux cas constitue le lichen simple *chronique.*

Le lichen simple est le plus souvent une éruption locale fixée surtout au col, au visage, quand il est à l'état aigu, et plus particulièrement au bras, au dos de la main, quand il est chronique.

Mais cette éruption papuleuse ne se présente pas toujours avec cette bénignité. Soit qu'elle se développe spontanément, avec des caractères plus graves, soit que succédant au lichen simple, elle acquière une grande intensité, toujours est-il que très-fréquemment, elle se montre avec des caractères nouveaux, accidentellement sérieux, qui lui ont valu le nom de *Lichen agrius* (ἄγριος, *ferus*).

Le lichen est constitué alors par de petites papules très-rouges, très-enflammées, réunies en grand nombre sur des surfaces érythémateuses, saillantes, comme acuminées, luisantes, accompagnées d'une chaleur ardente, d'une tension douloureuse, d'une cuisson mêlée de démangeaisons. Bientôt les élevures augmentent, l'inflammation s'accroît, le sommet des papules s'ulcère, il se forme un liquide séro-purulent qui se concrète et se convertit en petites croûtes d'un jaune verdâtre, rugueuses, proéminentes, peu adhérentes, peu étendues, reposant sur des surfaces chagrinées et séparées par des intervalles où la peau apparaît comme hérissée de papules. Quelquefois au bout de deux septenaires, la tuméfaction diminue, l'inflammation s'a-

paise, et le tout se termine par un desquammation légère. Le plus souvent la maladie est entretenue par des éruptions et des ulcérations nouvelles; les squammes et les croûtes tombent et sont remplacées sans cesse. Le malade est tourmenté par des démangeaisons cruelles, quelquefois atroces, sujettes comme l'éruption à des exacerbations, et qui, devenant parfois intolérables, jettent les malades dans un état nerveux indicible, alternativement voisin du délire et de la syncope. Le lichen avec ces caractères peut durer non plus seulement plusieurs septenaires, mais des mois, mais des années. Dans ce dernier cas, ce n'est plus qu'à des intervalles plus ou moins éloignés que l'éruption se présente avec cet état d'acuité que je viens de décrire. Habituellement le liquide séro-purulent se tarit : il est remplacé par des squammes sèches, farineuses; la peau s'épaissit, elle prend une teinte jaunâtre, bien remarquable, et caractéristique pour des yeux exercés.

C'est alors que l'éruption papuleuse se complique d'autres formes, de vésicules par exemple, plus souvent de pustules impétigineuses. C'est alors aussi, mais plus rarement, que peuvent survenir des complications générales, plus sérieuses, plus graves parmi lesquelles je me contenterai de signaler des symptômes d'entérite chronique.

C'est surtout au visage que l'on observe le lichen agrius avec toutes ses conditions de gravité. Il y produit et souvent il y laisse un gonflement qui détruit d'une manière remarquable l'harmonie des traits. Dans quelques circonstances fâcheuses, l'éruption est générale; enfin, elle a souvent disparu de tous les autres points de la surface du corps, qu'elle résiste encore opiniâtrément, fixée aux mains, et surtout à la face dorsale des doigts. C'est dans ce cas que la matrice de l'ongle est atteinte, et que l'ongle lui-même est sécreté, inégal, rugueux et friable.

Telles sont les deux formes principales qui constituent le lichen. On a décrit plusieurs variétés tout à fait secondaires, qui d'ailleurs rentrent dans la description générale. Ainsi on a admis un *Lichen pilaris*, dans lequel la papule, à peine appréciable, existerait à la base des poils, et qui est surtout remarquable par l'intensité du prurit. Cette variété appartient à l'hyperesthésie de la peau, sans éruption. Chez les individus faibles, dont la constitution a été détériorée, les papules présentent une teinte pourprée, mélanique; c'est ce que l'on a appelé le *Lichen lividus*. On a décrit sous le nom de *Lichen circumscriptus* et de *Lichen gyratus* des variétés qui n'ont de particulier que la spécialité de leur forme. Bateman a décrit sous le nom de *Lichen urticatus* une forme assez commune dans laquelle les papules sont plus larges et plus rouges que celles du lichen simple, plus saillantes et plus arrêtées que les élévations de l'urticaire.

Les considérations étiologiques, qui appartiennent à l'hyperesthésie de la peau sans éruption, et au prurigo, sont tout à fait applicables au lichen. Cette forme toutefois est plus fréquente chez les femmes et surtout les jeunes filles, chez les individus d'un tempérament lymphatique.

Si je ne m'étais déjà longuement étendu sur les considérations générales, je pourrais facilemet insister ici sur le siége des maladies que caractérise l'hyperesthésie de la peau, et par conséquent des éruptions papuleuses. Dans le lichen surtout je trouverais la raison anatomique de chaque symptôme dans la structure de la papille même, en rapportant le prurit à l'expansion nerveuse; la rougeur, le gonflement, les produits nouveaux au système vasculaire; les squammes, l'épaississement de la peau à la sécrétion de la matière blennogène; le changement de couleur à la sécrétion de la matière colorante. Mais j'ai assez insisté déjà sur ce point, pour qu'il me suffise de le signaler de nouveau. Je me crois donc en droit d'établir que les éruptions papuleuses sont consécutives à l'hyperesthésie de la peau, et que comme celle-ci, elles ont le siége dans le corps papillaire.

Les caractères de ces maladies, la nature et la marche du prurit, la nature et le développement des papules elles-mêmes, sont des signes assez tranchés, assez spéciaux si je puis ainsi dire, pour que les affections auxquelles ils appartiennent soient facilement séparées des autres maladies de la peau : je n'insisterai pas sur ce point.

Dans les cas où l'exagération de la sensibilité est le symptôme dominant de la maladie tout entière, le traitement consiste dans l'emploi de quelques antispasmodiques, dans l'observance rigoureuse des soins hygiéniques et surtout dans une alimentation sévère, de laquelle on aura soin d'ex-

clure tous les stimulants, et certains mets particuliers, en tête desquels je signalerai le poisson de mer.

J'ai eu recours, avec des résultats variés, aux pilules de Meglin, au datura-stramonium, au sulfate de cuivre ammoniacal, etc. Dans ces derniers temps, j'ai obtenu plusieurs fois une modification véritable à l'aide du sulfate de quinine, continué pendant un ou deux septenaires, à la dose de 20 ou 50 centigrammes. Je l'administrais à double titre, et comme antipériodique, et comme *hyposthénisant*. Mais c'est surtout à l'aide des préparations arsénicales, de la solution de Pearson, de la liqueur de Fowler, que j'ai obtenu les résultats les plus complets, non pas seulement dans les hyperesthésies de la peau sans éruption, mais dans le prurigo, et surtout dans les formes chroniques du lichen, si rebelles et si graves.

Souvent les malades se trouvent dans des conditions opposées : la santé générale est débile, la constitution affaiblie, détériorée, et alors il faut avoir recours aux toniques, aux amers, aux ferrugineux : c'est l'indication qui se présente le plus souvent pour le traitement du prurigo; c'est aussi dans des circonstances analogues que j'ai obtenu de bons effets de l'emploi des alcalins, et même des sulfureux. Enfin, le lichen, je l'ai *dit*, attaque, dans le plus grand nombre de cas, des individus d'un tempérament lymphatique, et quelquefois l'exagération de ce tempérament est telle, qu'elle constitue la principale indication du traitement: je me suis bien trouvé alors des amers dits antiscorbutiques, des feuilles de noyer, du chlorure de calcium, de l'iodure de potassium, de l'huile de foie de morue.

Il y a d'ailleurs dans le cours du traitement des indications passagères qui, dans quelques circonstances, ont une valeur réelle. Ainsi dans le lichen, surtout quand l'éruption passe à l'état qui lui a fait donner le nom d'*agrius*, le traitement antiphlogistique, souvent le plus énergique, devient nécessaire. Il faut avoir recours aux émissions sanguines, aux fomentations, aux lotions mucilagineuses, aux bains émollients, aux boissons acidulées. Mais disons-le de suite, les émollients en général ne trouvent dans le traitement de ces maladies que des indications très-passagères; à part le cas accidentel d'un état aigu, la peau les supporte mal, et ils semblent augmenter encore sa sensibilité déjà exagérée.

Parmi les moyens topiques, les pommades sont rarement utiles; la peau ainsi surexcitée est en général mal impressionnée par les corps gras, et il n'y a guère que les cas de prurigo, dans lesquels on puisse y avoir recours sans inconvénients, même dans quelques circonstances avec avantage. Parmi celles qui m'ont le mieux réussi, je citerai la pommade camphrée, la pommade alcaline (de 2 à 4 grammes de carbonate de potasse, pour 30 grammes d'axonge), la pommade au goudron (de 4 à 8 grammes de goudron, pour 30 grammes, additionné ou non de 1 à 2 grammes de laudanum de de Sydenham), et surtout les pommades mercurielles, avec le calomelas ou même l'onguent napolitain. Il est très-remarquable que les mercuriaux aient souvent une efficacité très-rapide, surtout pour combattre certains prurits locaux. Quant aux lotions, elles sont toujours utiles; j'en ai employé de toute espèce; des lotions alcalines, acides, alcoolisées, salines, escarrotiques. Celles qui m'ont paru les meilleures sont, sans contredit, les lotions alcalines et les lotions mercurielles, avec une solution de deutochlorure de mercure, dont les doses sont graduées selon la tolérance de la peau. Enfin, on s'est adressé à toutes sortes de bains, depuis les bains tièdes, mucilagineux, émollients, jusqu'aux fumigations cinabrées. Je répéterai ici qu'en général, à moins d'indication spéciale, les bains d'eau de son, de gélatine, d'amidon, tous les bains émollients enfin, ne sont d'aucun secours dans le traitement des diverses hyperesthésies de la peau: j'ajouterai, à propos des bains liquides, que la température est ici très-importante. Ce sont surtout les bains chauds, à température élevée, qui calment le plus promptement les malades.

Les bains qui m'ont semblé les plus utiles, sont, sans contredit, les bains salés, les bains alcalins, quelquefois, mais rarement et presque exclusivement dans le cas de prurigo, les bains sulfureux ; mais surtout les bains et les douches de vapeur aqueuse, de 30 à 35 degr. R. Si l'on peut dans quelques cas attendre quelques succès des bains de sublimé, qui ont été vantés si singulièrement, ce sera assurément ici. J'ai obtenu des résultats souvent merveilleux de l'emploi des fumigations cinabrées.

Il est quelquefois utile de demander le

secours des eaux thermales; celles que je préfère sont les eaux de Plombières, de Néris, de Saint-Honoré, de Saint-Gervais.

DE LA NATURE
DES
BUBONS D'EMBLÉE.

La question des bubons d'emblée, malgré les vives controverses dont elle a été l'objet, est cependant toujours jeune d'intérêt : c'est qu'à cette question se rattache un des points les plus importants de la théorie de la syphilis, à savoir si le virus peut ou non s'introduire dans l'économie sans ulcération préalable des parties qui ont été en contact avec lui. Dans un travail publié dans les *Archives générales de médecine*, pour le mois de décembre 1842, j'ai cherché à résoudre cette grave question à l'aide de faits plus précis que ceux qu'on avait jusqu'alors invoqués, et j'ai été conduit à cette conclusion, que presque tous les bubons d'emblée sont réellement de nature syphilitique. Une semblable opinion ne pouvait s'accorder avec la doctrine qui veut que le virus doive, de toute nécessité, ulcérer les parties avant d'infecter l'économie; aussi, mon travail a-t-il eu le privilége de provoquer une série de prétendues réfutations de la part des adhérents à la doctrine de l'inoculation. J'ai attendu, avant de répondre à toutes ces réfutations, qu'elles fussent, en quelque sorte, épuisées, afin de pouvoir les soumettre à un examen commun, qui, je l'espère, mettra clairement en évidence leur peu de fondement. Dans une question aussi capitale, je n'ai pas voulu soustraire à la discussion le plus mince document, afin que le lecteur fût en état de porter lui-même un jugement en toute connaissance de cause. Je rapporterai donc dans tous leurs détails les diverses critiques qu'on a cru devoir m'adresser, et j'éviterai ainsi le reproche qu'on m'a fait, bien mal à propos, de juger sans discuter. Voici d'abord le travail qui a occasionné les critiques auxquelles j'ai à répondre.

On désigne sous le nom de bubon tout engorgement ganglionnaire, quelle que soit la cause sous l'influence de laquelle il s'est développé. Or, comme cette cause est fort importante à connaître, on a l'habitude de l'indiquer par une qualification ajoutée au mot bubon. C'est ainsi que l'on désigne sous le nom de bubon *syphilitique*, *scrofuleux*, *sympathique*, etc., l'engorgement ganglionnaire produit par l'absorption du virus vénérien, par la diathèse scrofuleuse, par une simple irritation, etc. Dans les bubons syphilitiques, presque tous les auteurs ont établi des divisions qui ont été rejetées par quelques autres. On a appelé bubons syphilitiques d'*emblée* ceux qui se manifestent comme premier symptôme d'une infection syphilitique primitive, bubons *consécutifs* ceux qui surviennent à la suite d'un autre symptôme primitif (chancre, blennorrhagie, tubercule plat, etc.), bubons *constitutionnels* ceux qui sont le résultat d'une vérole constitutionnelle. Les quelques auteurs dont j'ai parlé, auxquels M. Ricord est venu prêter l'appui de son autorité, ont nié la réalité des bubons syphilitiques d'emblée, et ont relégué dans la classe des bubons *sympathiques* tous ceux qui se manifestent sans avoir été précédés d'aucun autre symptôme syphilitique.

J'ai dit, en commençant, que cette question touchait à un des points capitaux de la doctrine syphilitique; mais la pratique n'y est pas intéressée à un moindre degré. Si, imbu d'opinions erronées, on observe un bubon qui n'ait été précédé d'aucun autre symptôme primitif, on croira le malade à l'abri de tous les accidents consécutifs; si l'on possède des agents thérapeutiques capables de neutraliser les effets ultérieurs du virus, on s'abstiendra de les mettre en usage, et l'on commettra ainsi deux erreurs graves sous le double rapport du pronostic et du traitement.

La première difficulté qui s'élève lorsqu'on veut décider si un bubon est ou non de nature syphilitique est celle d'établir un diagnostic positif; cette difficulté, bien que considérable, n'est cependant pas insurmontable, comme on a voulu le dire, ou, du moins, elle n'est telle que lorsqu'on veut fonder le diagnostic exclusivement sur les caractères locaux de la tumeur; elle est, au contraire, le plus ordinairement facile à vaincre lorsqu'on veut tenir compte des différentes circonstances qui accompagnent la maladie. Aussi, après avoir rigoureusement apprécié toutes ces circonstances, les praticiens les plus distingués ne conservent-ils pas de doute sur la nature d'un bubon. Aussi M. Lagneau dit-il: « . . . et les engorgements glanduleux, occasionnés par les ulcères, ou quelque

inflammation accidentelle des orteils, ainsi que de quelque autre point des extrémités inférieures, ou bien encore d'un dépôt à la marge de l'anus, ou de clous très-enflammés aux environs du bassin, ont des caractères tellement tranchés, qu'il ne serait guère possible de les confondre avec des bubons syphilitiques, quand bien même on ne se trouverait pas suffisamment éclairé *par les circonstances commémoratives*, ou, tout au moins, par la coexistence d'accidents vénériens, soit primitifs, soit consécutifs ou constitutionnels..... L'erreur me paraîtrait plus facile et, par conséquent, *plus* pardonnable, s'il s'agissait de prononcer sur la différence qui existe entre un engorgement glandulaire de nature syphilitique et celui qui tient à une disposition scrofuleuse du sujet. Cependant, la connaissance du tempérament de ce dernier, et de plus, l'aspect particulier des bubons écrouelleux, qui sont communément moins œdémateux ou d'un rouge violacé, semblent devoir suffire pour en préserver tout homme attentif et tant soit peu habitué à voir les deux espèces d'affections. » (*Traité des mal. syphil.*, 6e éd., t. Ier, p. 214.)

M. Ricord a rejeté la valeur de tous les moyens de diagnostic proposés par les auteurs, et a considéré l'inoculation seule comme un signe pathognomonique : « Les signes qui ont été indiqués par les auteurs, dit-il (*Rech. crit. et expér. sur l'inoc.* Paris, 1838, p. 150), sans en excepter aucun, pour différencier le bubon virulent des engorgements avec lesquels on pouvait le confondre, ne servaient, dans la majorité des cas, qu'à établir un diagnostic rationnel ou de *probabilité*, et l'inoculation seule pouvait être considérée comme un signe irrécusable et pathognomonique. »

J'ai démontré ailleurs (mém. cité) le peu de fondement d'une pareille assertion. L'inoculation n'a de valeur, en effet, que lorsqu'elle est positive ; quand elle est négative, sa valeur est nulle, puisque des lésions *évidemment syphilitiques*, telles qu'un chancre primitif, par exemple, peuvent n'être point susceptibles de s'inoculer. Or, ce qui est vrai des chancres n'est pas moins vrai des bubons, et cela se conçoit encore mieux de ces derniers. Le bubon n'est pas, en effet, comme on a bien voulu le dire, un simple *chancre ganglionnaire*, c'est-à-dire un ulcère vénérien primitif, en tout identique aux chancres primitifs ordinaires. Le mode de formation du bubon est, comme nous le verrons plus tard, encore fort difficile à déterminer, et personne n'est autorisé à affirmer que, dans le trajet que le virus est obligé de parcourir pour arriver dans le ganglion, il ne puisse se modifier et perdre ses qualités inoculables, comme cela a lieu lorsqu'il se manifeste sous forme de symptômes secondaires. Nous verrons, au contraire, que tout tend à démontrer qu'il en est ainsi. L'assertion suivante, par laquelle on semblait avoir voulu résoudre une difficulté aussi grave, est une de ces affirmations gratuites qu'on croit pouvoir faire passer sous le manteau de l'autorité, à défaut de démonstration possible : « ON PEUT AFFIRMER D'UNE MANIÈRE ABSOLUE que l'absorption du pus virulent, conservant sa propriété de pouvoir être inoculé, ne passe pas le premier ganglion *en rapport direct* d'absorption avec le chancre auquel a succédé ce bubon. » Rien assurément n'empêche d'énoncer une pareille affirmation ; mais cela n'est point suffisant, et cependant on s'est trouvé dans l'impossibilité de faire autre chose. L'inoculation est donc un moyen des plus défectueux pour juger de la nature d'un bubon, dans le cas même où elle pourrait être mise en usage, c'est-à-dire dans les seuls cas qui se terminent par ulcération. Trop heureux les malades sur lesquels on la pratique, si elle n'était qu'inutile !

Il faut, en conséquence, chercher ailleurs des moyens de diagnostic. Ces moyens ne consistent pas en un symptôme, en un procédé unique ; mais bien dans la présence et la comparaison de plusieurs symptômes ou de plusieurs circonstances commémoratives. Et de même que l'on ne juge pas de l'existence d'une fièvre typhoïde par la diarrhée, la céphalalgie, etc., de même on ne juge pas de la nature d'un bubon seulement par sa couleur, son volume, etc. Quand on est imbu de ces principes de saine pathologie, principes auxquels certains spécialistes sont beaucoup trop étrangers, on ne tarde pas à voir que la syphilis, dans ses diverses formes, a un ensemble de caractères qui ne permettent pas de les confondre avec aucune autre maladie.

Que dirait-on d'un médecin qui, voyant une éruption de plaques rouges, d'une certaine forme, précédée d'un certain ap-

pareil de symptômes prodromiques, accompagnée d'une série d'autres symptômes, développée chez un individu qui a été en contact avec des rubéolés, douterait de l'existence de la rougeole? Ne serait-il pas tout aussi déraisonnable de douter de la nature syphilitique d'un bubon, lorsque ce bubon s'est développé à la suite de rapports avec une personne infectée, et lorsque, venant à suppuration, l'ulcère qui en résulte offre tous les caractères d'un chancre? On s'étonnerait vraiment, si l'on ne savait jusqu'à quel point l'esprit de système peut aveugler les esprits les plus éminents, qu'il ait été possible de fermer les yeux à une pareille évidence. Voilà pour le diagnostic des bubons abcédés, les seuls qui nous intéressent pour le moment. Quant à ceux qui ne s'abcèdent point, nous aurons occasion d'y revenir plus tard. Comme les cas que je vais rapporter appartiennent à des bubons abcédés, on ne pourra raisonnablement élever de doute sur le diagnostic, d'autant plus que, dans l'un d'eux, l'inoculation naturelle est venue donner à l'observation ce degré de précision si désirable aux yeux de certains écrivains. Je ne suis point ébranlé, dans l'opinion que je me fais de ces bubons, par l'objection banale, et tant soit peu présomptueuse, que si l'on n'a pas trouvé dans ces cas des chancres pour antécédents, c'est qu'on ne les a pas bien cherchés, ou qu'on n'a pas su les voir. Je sais qu'il faut se défier de certains aveugles qui ne veulent pas voir, comme de certains sourds qui ne veulent pas entendre; mais il ne faut pas se tenir en garde avec moins de précaution contre les trop clairvoyants, qui trouvent toujours moyen de voir quelque chose là où personne ne distingue rien.

Je fais abstraction, dans ces observations, de la blennorrhagie qui a existé dans deux cas, attendu que, dans la question des bubons d'emblée, j'envisage surtout celle plus générale, qui est de savoir si le virus vénérien peut s'introduire dans l'organisation sans ulcération préalable des surfaces cutanées ou muqueuses. Or, sous ce rapport, il y a similitude entre la blennorrhagie et la simple application du virus dans un coït impur, car, dans aucun cas, il n'y a d'ulcération. D'ailleurs, pour les auteurs qui ne veulent pas de bubons d'emblée, la blennorrhagie n'est pas de nature syphilitique, et ne peut, par conséquent, produire des bubons syphilitiques. Il n'y a donc aucun inconvénient à envisager la question ainsi que je l'ai fait.

Observation 1.

Blennorrhagie vaginale — Bubons dont un s'ouvre largement et prend l'aspect chancreux.— Point d'ulcération aux parties génitales. — Guérison. — Gald..., Catherine, âgée de seize ans, marchande, célibataire, d'une assez bonne constitution, quoique un peu lymphatique, entrée à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Louis, nº 15, le 19 mai 1840. — Réglée à quatorze ans, et depuis lors, trois fois seulement à de longs intervalles, elle l'a été pour la dernière fois il y a huit jours seulement.

Depuis l'âge de dix à onze ans cette malade était sujette aux flueurs blanches. Il y avait, dit-elle, douze à quinze jours qu'elle n'avait eu de rapports vénériens, lorsque à la suite de ses règles, il y a huit jours, elle éprouva de vives cuissons aux parties sexuelles, surtout en urinant; quatre jours après il se déclara un écoulement qu'elle distingua à la couleur jaune de ses flueurs blanches habituelles. Elle ne sait pas ce qu'avait l'individu avec lequel elle a contracté sa maladie. Elle souffre à peine actuellement; elle n'a rien fait pour se guérir.

20 mai. L'entrée du vagin est rouge ainsi que le vagin lui-même, qui est le siége d'un écoulement jaune-blanchâtre assez abondant. Col vaginal. Les deux aines offrent chacune un ganglion superficiel un peu engorgé, peu douloureux. Il n'y a aucune trace d'ulcération, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur des parties génitales; rien ne sort par l'urètre. — Injections astringentes deux fois par jour; quart d'aliment.

26. Le bubon droit a augmenté de volume, il est douloureux. Vingt-cinq sangsues, cataplasme émollient, diète.

1er juin. Augmentation des bubons, qui sont assez douloureux; point de phénomènes généraux. Appétit vif, cataplasme émollient, quart.

6. Le bubon droit est très-volumineux, un peu fluctuant au centre, vésicatoire avec la solution de sublimé, pansements à l'eau blanche.

10. La fluctuation devient plus manifeste, les deux bubons sont douloureux, cataplasme émollient. Le vésicatoire n'a pris que dans une petite étendue. L'escarre produite par le sublimé n'a que quatre à cinq lignes de diamètre. La malade a beaucoup souffert lors de l'application de la solution mercurielle.

14. Le bubon droit s'est ouvert, le gauche est fluctuant dans un point très-circonscrit; pansements simples, cataplasme émollient, le quart.

16. Le bubon droit offre l'aspect chancreux

avec induration rouge foncé autour de l'ouverture; celui de gauche offre une très-petite ouverture. Cautérisation avec le nitrate d'argent. pansements avec le vin aromatique.

20. Les bubons vont mieux, celui de droite n'offre l'aspect chancreux que dans quelques points, celui de gauche a son ouverture encore rétrécie d'une ligne de diamètre; cautérisation, vin aromatique pour pansement.

23. Il n'y a plus d'aspect chancreux à droite, à gauche cicatrisation complète; même prescription.

7 juillet. La cicatrisation est complète. La malade est prise d'une fièvre remittente qui ne cesse qu'au commencement d'août. On emploie contre cette fièvre le sulfate de quinine à la dose de six grains par jour pendant trois semaines. Depuis le 20 mai on a peu fait d'injections, et l'on n'a pas appliqué le spéculum.

13 août. Rougeur assez vive du vagin et du col, écoulement vaginal jaune, assez abondant; outre les injections alumineuses qu'on donne toujours dans la salle deux fois par jour, on tamponne tous les deux ou trois jours le vagin avec un tampon de ouate saupoudrée avec un mélange à parties égales en poids d'alun et de magnésie.

L'écoulement reste jaune jusqu'au 12 septembre; il diminue ensuite, devient plus blanc, et se termine enfin complétement le 12 octobre. On garde encore la malade jusqu'au 20, la guérison persistant, on la renvoie.

Pendant son séjour à l'hôpital, la malade n'a eu ses règles qu'une seule fois, et peu abondamment.

Observation 2.

Bubon d'emblée abcédé. — Aspect chancreux de l'ouverture. — Guérison. — Pév....., Marie, âgée de dix-neuf ans, lingère, d'une constitution lymphatique, réglée depuis deux ans assez régulièrement, mais peu abondamment, est entrée le 22 mai 1840 à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Alexis, n° 21.

Cette malade était déjà venue à l'hôpital le 23 du mois de mars dernier pour un écoulement simple, sans autre symptôme. Elle sortit guérie à la fin du mois d'avril. Depuis, elle s'était constamment bien portée, et n'avait conservé de sa première maladie qu'un très-léger suintement vaginal.

Il y a dix jours, trois ou quatre jours après le dernier coït, elle sentit de vives cuissons à la vulve et un peu d'écoulement jaune. Elle fit quelques lotions, et, deux jours après, c'est-à-dire il y a huit jours, elle alla avec son amant, étudiant en médecine, consulter M. Ricord, qui lui donna une ordonnance que la malade a conservée, et dans laquelle il prescrivait des injections astringentes, des bains, un régime doux; moyens qui prouvent que ce praticien n'avait trouvé aucune ulcération syphilitique. Deux jours après qu'elle eut entrepris ce traitement, elle sentit se développer une grosseur à l'aine droite; cette grosseur augmenta, devint douloureuse, et la malade, ne prévoyant pas l'instant de sa guérison, entra à l'hôpital.

Le 23 mai on examina cette malade avec beaucoup de soin. L'anus n'offre rien d'anormal; la vulve et le vagin présentent une légère rougeur et un peu d'écoulement blanc, le col est dans un état parfait d'intégrité, il n'y a point d'écoulement par l'urètre.

A l'aine droite on voit une tumeur d'un pouce environ dans son plus grand diamètre: superficielle, d'un rouge foncé, dure et douloureuse, elle paraît offrir un peu de fluctuation du côté de son extrémité interne. Pas de phénomènes généraux; *prescription*: emplâtre de vigo sur le bubon, un bain, quart d'aliments.

24. La fluctuation est manifeste; même prescription.

25. La fluctuation est encore plus évidente et plus étendue, pas de bain; même prescription.

26. La peau est très-amincie. L'espoir d'obtenir la résolution étant perdu, on fait appliquer un petit fragment de potasse caustique.

1er juin. L'escarre se détache et laisse à découvert une ulcération à fond gris, à bords rouges, indurés, taillés à pic, en un mot un véritable chancre. On la touche avec le nitrate d'argent, et l'on panse avec le vin aromatique.

On continue le même traitement jusqu'au 5. L'ulcération conserve encore l'aspect chancreux; elle s'est étendue et est devenue plus douloureuse. On continue la cautérisation avec le nitrate d'argent. et l'on panse avec de la charpie imbibée de laudanum.

8. La douleur a beaucoup diminué, mais l'aspect chancreux persiste. On donne deux pilules de protoiodure de mercure, et l'on continue le même traitement local.

13. Il n'y a pas d'aspect chancreux. Même prescription.

16. Il y a très-peu de douleur, l'ulcération est rose et granulée. La malade, examinée de nouveau au spéculum, ne présente aucun autre symptôme syphilitique.

L'ulcération a continué à marcher vers la guérison. Le 18, on fait des pansements simples. Il ne restait d'ulcération que dans l'étendue d'une tête d'épingle, lorsque la malade demanda à sortir le 30. Elle avait constamment continué le traitement interne sans éprouver aucun accident, et en mangeant le quart. Visitée au spéculum le jour de son départ, on n'a rien trouvé d'anormal.

Observation 3.

Blennorrhagie vaginale et bubon, après un coït impur, sans ulcération des parties génitales. — Suppuration du bubon; aspect chancreux de la plaie. — Inoculation naturelle du pus fourni par cette plaie. — Guérison.

Pell..., Marguerite, âgée de vingt ans, journalière, célibataire, d'une constitution lymphatique, mais habituellement d'une bonne santé, entra à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Bruno, n° 33, le 8 septembre 1840. Réglée à seize ans, elle a toujours continué à l'être régulièrement depuis. Elle n'a eu que très-peu et rarement des flueurs blanches. Il y a huit jours, une semaine après le dernier coït, cette malade s'aperçut de quelques taches à son linge; peu après elle éprouva des cuissons en urinant, et vit se manifester une tumeur à l'aine droite; cette tumeur devint promptement volumineuse et douloureuse; la malade la recouvrit de cataplasmes émollients, mais n'ayant éprouvé aucun soulagement, elle vint à la consultation, le 7 septembre. On examina avec soin les parties génitales; on ne trouva point d'écoulement, ni de traces d'ulcération sur la muqueuse ou la peau; l'urètre ne présentait aucune dureté sur son trajet; l'émission des urines n'était pas douloureuse. L'aine droite était le siége d'un engorgement ganglionnaire superficiel, suppuré et sur le point de s'abcéder. On conseilla à la malade d'entrer, mais quelques instants après qu'elle fut sortie de la consultation, la tumeur s'ouvrit spontanément.

9 septembre. Rien d'anormal au col ni au vagin; point d'écoulement urétral ou autre. A l'aine droite, bubon superficiel, ulcéré, à bords rouges, enflammés, durs, taillés à pic, à surface grise, chancreuse, offrant une suppuration abondante; douleurs vives. Au-dessus de l'ulcération on voit une petite pustule qui paraît être le résultat de l'inoculation naturelle du pus fourni par le bubon; cette inoculation a été favorisée par l'humidité de la peau qui environne l'ulcération, par la marche à laquelle s'est livrée la malade, et par le défaut d'un pansement convenable.

Traitement : Cautérisation de la plaie avec le nitrate d'argent fondu; lotions fréquentes avec l'eau de guimauve et de pavot; pansements avec le vin aromatique; le quart d'aliments.

11. Le bubon est toujours chancreux et douloureux; la petite pustule s'est transformée en une ulcération arrondie, à bords élevés, nettement découpés, un peu durs et rouges, à surface grise. Une nouvelle pustule semblable à la précédente s'est développée du côté interne de l'ulcération principale. Cautérisation avec le nitrate d'argent; pansements au laudanum au lieu de vin aromatique.

14. La pustule interne est devenue chancreuse, de sorte qu'il y a maintenant trois chancres; les douleurs sont un peu moindres. Même prescription.

16. Les douleurs sont presque entièrement apaisées. Même traitement.

19. Les deux petits chancres n'ont plus leur surface grise, et sont en voie de cicatrisation; très-peu de douleurs. Même prescription.

22. Toujours quelques très-légères douleurs; le bubon a en partie perdu l'aspect chancreux; la cicatrisation des petites ulcérations continue. Même prescription.

28. Il ne reste que quelques points gris sur la principale ulcération; les bords se cicatrisent; les deux petites, résultant de l'inoculation, sont entièrement cicatrisées. Même traitement.

1er octobre. Les deux petites ulcérations sont entièrement cicatrisées; la plus grande ne l'est complétement que le 22. On garde la malade jusqu'au 29, et, la guérison ne s'étant pas démentie, on la renvoie guérie. Rien de nouveau n'avait paru du côté des parties génitales.

Remarques. — Dans l'observation qui précède, rien ne manque à la démonstration, pas même l'inoculation, dont on aurait certes bien pu se passer. Cette inoculation naturelle est un accident qui se représente assez souvent dans les bubons, surtout quand les malades ont de l'embonpoint et ne se tiennent pas proprement, et même quelquefois lorsqu'ils prennent le plus grand soin d'eux-mêmes. Le lieu où l'on observe le plus fréquemment ces inoculations naturelles est l'anus, lorsqu'il est affecté de condylômes chancreux. On voit très-souvent, dans ce cas, en face l'un de l'autre, deux chancres, dont l'un paraît toujours plus ancien que l'autre.

Il me semble que si l'on avait voulu se donner la peine de recueillir avec exactitude les faits semblables à ceux qu'on vient de lire, et qui se présentent journellement à l'observation, on aurait pu, tout à la fois, se dispenser d'un procédé beaucoup moins irréprochable que la simple observation, et éviter une erreur féconde en fâcheuses conséquences.

Maintenant que la réalité des bubons d'emblée syphilitiques nous est acquise, voyons s'il y a, dans ce fait, rien qui soit en opposition flagrante avec les lois connues de la physiologie morbide, ou avec les observations déjà consignées dans les annales de la science.

M. Ricord, avec tous les inoculateurs,

conteste la nature syphilitique des bubons d'emblée pour deux motifs : le premier, c'est que, dans tous les cas rapportés par les auteurs, l'inoculation n'ayant point été pratiquée, le diagnostic ne pouvait être certain. — La valeur de ce motif est déjà jugée. — Le second, c'est que, dans *tous* les cas, l'inoculation du pus des bubons en question donne un résultat négatif. Il y a ici erreur autant que présomption : présomption, parce que, au moment où cela s'écrivait, aucun auteur n'ayant fait de l'inoculation l'objet spécial de ses recherches, il eût été convenable et prudent, avant de formuler des lois générales, absolues, que les expériences que l'on tentait soi-même eussent été vérifiées par d'autres observateurs ; en agissant différemment, on s'exposait à la nécessité ou de se rétracter ou de soutenir, par des motifs difficiles à caractériser, une opinion évidemment contraire à la vérité. C'est précisément ce qui est arrivé. Depuis M. Ricord, non-seulement M. Gibert dit être parvenu à inoculer les bubons d'emblée, (*Man. des mal. de la peau*, 2e édit., p. 451), mais encore M. Baumès en rapporte trois exemples entourés de toutes les garanties désirables (*Précis théoriq. et prat. sur les mal. vénér.* Paris et Lyon, 1840). Voilà pour la présomption. Quant à l'erreur, on va voir qu'elle était évidente, puisque l'inoculation avait déjà démontré l'existence des bubons d'emblée, et que l'on avait déjà, sans s'en douter, rapporté des observations qui le prouvent tout au long. Voici ces observations :

Observation 4.

Chancre de l'urètre; bubon symptomatique, inoculation produisant la pustule caractéristique.

V...., âgé de 41 ans, entré le 13 septembre 1836, salle 3, n° 15. Il y a trois semaines que ce malade, sans avoir de blennorrhagie ou de plaie à la verge, vit se développer un bubon dans l'aine droite. La marche du mal a été celle d'une inflammation subaiguë; et, malgré une application de sangsues, la suppuration est arrivée. Aujourd'hui le bubon est abcédé et très-décollé; à la verge on ne voit aucune trace d'ulcération, il n'y a pas de blennorrhagie; seulement on aperçoit, à deux lignes de profondeur, en écartant les lèvres du méat urinaire, une plaque de la grandeur d'une petite lentille, *dont la surface granulée indique un ulcère en réparation*. Le 16, on inocule le bubon, et l'on inocule le pus pris au fond du foyer sur la cuisse droite. On applique des cataplasmes. Le 19, la piqûre d'inoculation est rouge et réticuleuse; on cautérise le foyer du bubon, et l'on panse au vin aromatique. Le 21, l'inoculation a réussi; on détruit la pustule par le nitrate d'argent. Le 15 octobre, tout est guéri; le malade sort.

(*Recherches sur l'inoculation*, p. 372.)

Remarques. — J'ai attiré l'attention sur ces mots : *dont la surface granulée*, etc., pour faire remarquer au lecteur combien l'auteur croit pouvoir porter de certitude dans le diagnostic, lorsque cela ne tire pas à conséquence pour sa doctrine. Il lui suffit, en effet, de voir une surface *granulée* pour diagnostiquer un ulcère (c'est-à-dire un chancre) en réparation ! tandis que, par une de ces singularités bizarres, familières aux systématiques, il conteste la possibilité de le reconnaître alors qu'il possède tous ses caractères. Au reste, je conçois difficilement que l'on puisse porter aussi loin l'art du diagnostic, et, pour mon compte, admettant, contrairement à l'opinion de l'auteur, qu'on peut très-bien reconnaître le chancre *huntérien*, je ne puis admettre qu'il en soit de même du *chancre en réparation*, attendu que le chancre en réparation, dont la surface est *granulée*, n'est autre chose qu'une ulcération simple, ressemblant à toutes les ulcérations simples possibles. Aussi, me permettrai-je d'émettre un doute sur la nature chancreuse de l'ulcération en question, et cela dans le but unique de me conformer aux règles d'une saine observation; car, lors même que j'accorderais que ladite ulcération était réellement un chancre transformé, cette concession ne pourrait, ainsi qu'on le verra plus loin, être d'aucune utilité pour expliquer la nature du bubon.

Observation 5.

Chancre larvé; bubon symptomatique; inoculation ; résultat positif.

Marc...., Jean, âgé de 17 ans, entré le 23 mai 1835, salle 1, n° 28. Cinq ou six jours après un coït, et quinze jours avant son entrée, le malade s'est aperçu d'un peu d'écoulement. Il ne souffre que du bout de la verge, où il existe une induration. Obligé de se livrer à un travail très-fatigant, les douleurs ont augmenté, et le bubon s'est développé à gauche; sa marche a été aiguë. Le jour de l'entrée à l'hôpital, il n'y a plus d'écoulement, *mais l'induration*

persiste. On ouvre le bubon, et l'on inocule son pus à la cuisse droite par deux piqûres. Le 25, les piqûres sont cicatrisées; on inocule de nouveau à la cuisse droite. Les bords de l'ouverture du bubon ont pris l'aspect chancreux. Le 8 juin, l'inoculation a pris; on rompt la pustule, *dont on inocule le pus à la cuisse gauche*, et l'on cautérise le chancre résultant de l'inoculation, Le 19. l'inoculation faite au moyen du pus de la pustule de la cuisse droite a produit une pustule sur la cuisse gauche; ON CAUTÉRISE PROFONDÉMENT. La première inoculation, *que le caustique n'avait pas entièrement éteinte*, a été pansée avec le vin aromatique, elle est aujourd'hui presque guérie; mais le bubon, largement ouvert, ne se recolle pas, et *offre tous les caractères d'un chancre de mauvaise nature; le fond est gris, pultacé, et le foyer paraît avoir de la tendance à s'agrandir.* On le cautérise profondément, et l'on panse au vin aromatique.

(*Loc. cit.*, p. 374.)

J'aurais quelques réflexions à faire sur cette observation; mais comme elles sont en partie applicables à la suivante, je renvoie à celle-ci.

OBSERVATION 6.

Chancre du col utérin; bubon symptomatique; inoculation donnant la pustule caractéristique.

Marie Dur..., âgée de 24 ans, entrée le 1er avril 1834, salle 1, n° 35. Il y a un mois que cette malade contracta une blennorrhagie qui n'occasionna aucune douleur; au début, la matière de l'écoulement était peu abondante; 15 jours plus tard un bubon se montra à droite; sa marche a été aiguë. Aujourd'hui le bubon est complétement ramolli; il a son siége dans les ganglions superficiels; la matière de l'écoulement qui se fait par la vulve, est blanchâtre; on ne voit aux parties externes de la génération aucune trace d'ulcération : on ouvre le bubon, qui donne beaucoup de pus mal lié et sanieux. Le 2, les bords de l'ouverture du bubon paraissent s'être ulcérés. On applique des cataplasmes, on fait des injections émollientes. Le 10, *l'ouverture du bubon a décidément pris l'aspect chancreux.* On prend du pus au centre du foyer, et on l'inocule sur la cuisse droite. On cautérise l'ulcère avec du nitrate d'argent; on panse avec la pommade au calomel et à l'opium. Le 14, l'inoculation du 10 a réussi et a produit une belle pustule. On donne les injections à l'eau blanche; sur le col on voit deux ulcères à fond gris, à bords taillés à pic et irréguliers. Le 19, on inocule sur la cuisse gauche le pus recueilli dans le centre de l'ulcère de la cuisse droite. Le 25, l'inoculation a produit la pustule caractéristique. On panse les ulcères avec la pommade de calomel. On prend du pus sur le col, à la surface d'une ulcération à fond gris, et l'on inocule à la cuisse droite. Le 28. l'inoculation du 24 a réussi, et a produit la pustule caractéristique; le bubon est presque guéri Les ulcères du col se sont détergés après une cautérisation au nitrate d'argent pratiquée le 24; celui de la lèvre supérieure est granulé, et son fond paraît s'être élevé au niveau des parties voisine. Le 6, la première et la seconde inoculation sont guéries, ainsi que le bubon; il n'y a presque plus d'écoulement. Le 15, tout est guéri; il reste seulement à la lèvre postérieure du col quelques granulations superficielles. Le 23, la malade est complétement guérie.

(*Loc. cit.*, p. 475.)

Remarques. — Relativement à la seconde observation, comme à propos de la première, je ferai remarquer avec quelle facilité l'auteur reconnaît les chancres lorsqu'ils lui paraissent propres à soutenir l'échafaudage de son système : il lui suffit, en effet, d'une simple induration sur le trajet du canal de l'urètre pour être convaincu que là a existé un chancre. Il faut avouer que cette manière de procéder est un peu moins sévère que celle suivie par la plupart des autres auteurs, qu'il combat cependant avec tant d'énergie. Je me permettrai donc, pour les raisons déjà énumérées, d'émettre le même doute que sur l'observation première.

A propos de la première observation exclusivement, je ferai remarquer que la première inoculation n'avait pas, selon une expression un peu trop métaphorique pour qu'on en apprécie rigoureusement la signification, été entièrement éteinte par une ou *plusieurs cautérisations*, et que la seconde a été cautérisée PROFONDÉMENT, ce qui, pour les inoculateurs ne constitue pas sans doute un inconvénient.

Je me demande maintenant où était la nécessité, dans les deux cas, de recourir à une seconde inoculation, en quoi elle a pu avoir même une ombre d'utilité, et si l'on n'a pas opéré sous l'influence d'une véritable monomanie *inoculatrice*, comme lorsqu'on a eu le courage de pousser les inoculations successives chez le même individu jusqu'à la *septième génération!*

On voudra bien remarquer qu'avant les inoculations, les ouvertures des bubons avaient pris *l'aspect chancreux*, ce qui indique qu'il est possible, même d'après les inoculateurs, de reconnaître cet aspect quand il existe. Il me paraît évident que si

l'on s'en était tenu à cet aspect, accompagné des commémoratifs, on aurait pu se dispenser de l'inoculation pour se convaincre de la virulence des bubons, et épargner ainsi aux malades deux chancres nouveaux d'environ *un mois de durée*, ce qui, pour moi, ne saurait être considéré que comme un inconvénient, quelque opinion que l'on adopte sur les dangers ultérieurs auxquels ils peuvent exposer les malades.

Observation 7.

Chancre larvé, abcès, bubon symptomatique; inoculation positive dans tous les cas.

Dam., âgé de 26 ans, entré le 11 novembre 1835, salle 1, n° 19. Ce malade ne peut préciser le début de sa maladie. Il y a, dit-il, un mois et demi qu'il éprouvait au méat urinaire un peu de douleur en urinant; mais il n'en avait pas tenu compte jusqu'à ce que, il y a quinze jours, un bubon se fût montré au côté droit. La marche de la tumeur a été aiguë; du reste, le malade n'a fait aucun traitement. Aujourd'hui on sent de l'induration au méat urinaire et vers la fosse naviculaire. En écartant les bords de l'ouverture de l'urètre, on ne voit aucune ulcération; en pressant, on fait arriver un peu de pus, le canal paraît sain en arrière du point indiqué. A aucune époque le malade n'a éprouvé d'écoulement blennorrhagique; les seules douleurs qu'il éprouve se rapportent au méat urinaire et à la fosse naviculaire. Le bubon est largement suppuré; on l'ouvre, et il en sort beaucoup de pus rougeâtre et peu lié.

Le 23 novembre on inocule le pus du méat urinaire à la cuisse droite, par une piqûre, et le pus du bubon à la cuisse gauche. On remarque que les lèvres de l'incision faite sur le bubon seul sont ulcérées. On cautérise le bubon au nitrate d'argent; on introduit dans l'urètre des brins de charpie couverts de pommade au calomel et à l'opium; on applique des cataplasmes sur l'aine. Le 28, les piqûres d'inoculation ont pris et donné les pustules; *on les laisse marcher*. Près du frein on aperçoit une petite tumeur dure. Même pansement. Le 1er décembre, on cautérise au nitrate d'argent et l'on panse à la pommade au calomel et à l'opium les chancres des cuisses résultant de l'inoculation du pus de l'urètre et de celui du bubon. Le 12 on ouvre près du frein *un petit abcès*, suite de la suppuration de la tumeur aperçue le 28; on inocule le pus à la cuisse droite par une piqûre.

Le 17, la piqûre de l'inoculation faite avec l'abcès chancreux ouvert le 12 a produit la pustule caractéristique.

Le 20, on cautérise la pustule d'inoculation rompue depuis hier. Il reste peu d'induration au méat urinaire. Le bubon va mieux, on le cautérise au nitrate d'argent.

Le 27, mieux général. Les chancres des cuisses sont presque guéris sous l'influence de la cautérisation et des pansements à la pommade au calomel et à l'opium.

Le malade sort guéri le 30.

(*Loc. cit.*, p. 225 et suiv.)

Remarques. — On voit que dans ce cas encore l'auteur admet un chancre dans l'urètre, sans autre raison que l'existence d'une induration sur le trajet de ce conduit; il est vrai que, pour lui, la virulence du bubon est une preuve irrécusable, mais en réalité elle n'est qu'illusoire, puisque la question étant de savoir s'il existe des bubons syphilitiques sans chancre préalable, on tourne évidemment dans un cercle vicieux, lorsque pour arriver à la solution de cette question, on commence par supposer qu'il n'en existe pas et qu'on s'appuie ensuite sur cette hypothèse pour démontrer qu'il n'en existe pas en effet. L'abcès, s'il s'était formé avant ce bubon, lui aurait naturellement fourni un point de départ plausible, mais la présence de l'abcès lui-même renferme une seconde question, dont je m'occuperai à propos de la prochaine observation.

Maintenant on demandera peut-être en quoi ces observations peuvent avoir des rapports avec les bubons d'emblée, et comment ils témoignent en faveur de leur existence, puisque dans trois cas il y avait, par hypothèse, un chancre dans le canal de l'urètre, et dans le quatrième un chancre bien constaté sur le col de l'utérus? Rien n'est plus facile que la réponse à cette question, et quelques éclaircissements suffiront pour déterminer clairement la valeur des faits que je viens de reproduire.

Rappelons-nous d'abord ce principe : pour que le bubon puisse être un symptôme de succession, à la manière dont l'entendent les inoculateurs, c'est-à-dire un symptôme produit par le transport du pus dans les ganglions lymphatiques par les vaisseaux afférents, il faut nécessairement, ainsi qu'on l'a d'ailleurs très-bien fait remarquer, que l'ulcération chancreuse se trouve *en rapport direct d'absorption avec le ganglion affecté*, ou, en termes plus positifs, que les vaisseaux lymphatiques qui partent de l'ulcération aillent se rendre dans ce ganglion. Or, on sait bien que les vaisseaux lymphatiques du col de l'utérus, non plus que ceux de l'urètre (1), ne vont

(1) Je parlerai longuement plus tard de toutes

point se rendre aux ganglions de l'aine, mais bien aux ganglions pelviens. Si donc un bubon syphilitique existe simultanément avec un chancre du col de l'utérus ou de l'urètre, ce n'est pas sur ce chancre que le virus aura été pris (au moins par les lymphatiques afférents) pour être transporté dans le ganglion malade, mais bien sur un point en rapport direct d'absorption avec lui. On voit qu'ici cette hypothèse de chancre du col du vagin et de l'urètre, qui a séduit tant d'esprits faciles, fournit des arguments irréfragables contre la doctrine qu'elle était destinée à soutenir, lorsqu'on veut imprudemment la faire servir à l'explication d'une certaine catégorie de bubons.

Il résulte des faits qui précèdent, et de leur véritable appréciation, qu'on a eu tort de croire en les rapportant, avoir prouvé l'impossibilité des bubons d'emblée, car ils démontrent au contraire expérimentalement leur existence. J'ai donc eu raison de dire dans un autre travail (*Recherches sur l'inoculation*, Paris, 1841) que l'inoculation s'était prononcée en faveur de l'opinion que je soutiens.

J'ai dit à propos de la septième observation qu'elle renfermait une seconde question outre celle des bubons d'emblée, et en effet, elle ne prouve pas seulement l'existence de ces bubons, mais elle démontre, de plus, de même que celle qui va suivre, que le tissu cellulaire peut, sans être ulcéré, se laisser pénétrer par le virus syphilitique (1).

les recherches que cette assertion a provoquées dans ces derniers temps et du parti que les inoculateurs ont cru pouvoir en tirer.

(1) Le fait est d'ailleurs admis par M. Ricord lui-même, qui dit, page 145 : « Il peut y avoir des abcès du tissu cellulaire primitivement virulents ; ils ont ordinairement leur siége très-près du chancre et se produisent par *l'infiltration du pus au dessous de la peau* et dans le tissu cellulaire sous-cutané. On sent alors fréquemment une induration entre le chancre et l'abcès, qu'on pourrait quelquefois prendre pour un vaisseau lymphatique, mais qui n'est que du tissu cellulaire induré. »

Ce passage, assez explicite, n'empêche pas l'auteur d'écrire, cinq pages plus loin, les lignes suivantes : « Ce pus » (il s'agit du pus virulent), « produisant *de nécessité* l'inflammation ulcérative partout où il pénètre.... »

Il laisse au lecteur le soin de concilier ces deux propositions.

OBSERVATION 8.

Chancre enkysté ou débutant par un abcès des bourses; inoculation donnant un résultat positif.

Boucl..., âgé de 60 ans, entré le 25 avril 1835, salle 1, n° 19. Peu de jours après un coït suspect, ce malade s'aperçut de la présence de deux chancres sur la peau de la verge. Aujourd'hui, les chancres offrent quelques points de leur surface en réparation ; ils ont chacun à peu près la largeur d'une pièce de 20 sous ; sur le scrotum, vers la partie moyenne, à un pouce de la racine des bourses, on remarque deux noyaux durs placés dans l'épaisseur de la peau, avec une induration circumambiante ; le plus gros paraît suppurer à son centre. On ouvre, et on inocule à la cuisse droite le pus ténu et sanieux qui en sort ; on panse les ulcères au cérat opiacé. Le 27, la piqûre faite avec le pus du chancre enkysté des bourses a produit la pustule caractéristique ; on la laisse se développer. Le deuxième chancre a été ouvert ; on cautérise et on panse avec la pommade au calomel et à l'opium. Le 2 juin, on panse le chancre de la cuisse avec le vin aromatique ; ceux de la verge sont guéris, et ceux des bourses en voie de réparation.

Le 20 juin, le malade sort guéri.

Ces chancres, *qui débutent par un abcès* dont les parois s'indurent de manière à leur former une véritable coque, avant l'ouverture, méritent à tous égards le nom expressif de chancres enkystés.

N'est-il pas inconcevable qu'après avoir rapporté de semblables observations, on puisse encore se croire autorisé à soutenir que le virus doit *de nécessité* ulcérer tous les tissus qu'il traverse? Des chancres avaient ici précédé l'abcès virulent ; mais entre les chancres et l'abcès il y avait un intervalle, et, si le virus produit *de nécessité* l'ulcération de tout ce qu'il touche, comment a-t-il pu traverser, sans les corroder, les tissus qui remplissaient cet intervalle. Voilà ce que l'on n'a pas songé à se demander, et voilà pourquoi on se maintient dans l'erreur où l'on se plaisait.

Il est évident par tout ce qui précède que non-seulement il y a des bubons syphilitiques d'emblée, mais encore, grâce aux observations de M. Ricord, que le virus peut traverser le tissu cellulaire sans le détruire.

Quittons maintenant le terrain des faits, où la doctrine de l'inoculation se trouve toujours en défaut, et voyons si elle sera plus à son aise sur celui du raisonnement.

« Du reste, pour que le bubon virulent « d'emblée eût lieu, il faudrait que les vaisseaux lymphatiques eussent des bouches « ouvertes sur les surfaces muqueuses ou « cutanées; car dans *l'hypothèse* qui veut que « toute absorption soit précédée d'une sorte « d'imbibition, les tissus qui s'imprégneraient du pus d'un chancre seraient « d'abord infectés, ce pus produisant *de nécessité* l'inflammation ulcérative partout « où il pénètre, si ce n'est dans les vaisseaux absorbants, tant que leur membrane interne reste partout intègre. » (*Recherch. crit. et expér. sur l'inoc.*, p. 149).

Ce passage remarquable est la pierre fondamentale sur laquelle repose tout l'édifice rationnel de la doctrine inoculatriee : si la pierre manque, l'édifice s'écroule; or, ce passage est composé exclusivement d'hypothèses et d'affirmations gratuites, sans fondement aucun. Passons-les en revue.

Premiere affirmation. — Pour que le bubon virulent d'emblée eût lieu il faudrait que les vaisseaux lymphatiques eussent des bouches ouvertes sur les surfaces muqueuses ou cutanées.

Mais tout le monde ne sera pas persuadé que l'auteur connaisse assez bien, et surtout ait assez bien fait connaître les phénomènes intimes de l'absorption, pour que la prétendue nécessité dont il parle paraisse chose géométriquement démontrée. Il nous sera donc, jusqu'à nouvel ordre, permis de croire, sans blesser en rien les lois de la physiologie, à la possibilité de l'absorption morbide, lors même qu'il n'y aurait pas des bouches lymphatiques sur les surfaces cutanées ou muqueuses. Que ces bouches existent ou non, les expériences de Bichat, de Chaussier, d'Edwards, les observations les plus vulgaires de chaque jour ne prouvent-elles pas que l'absorption peut se faire sur la surface cutanée, à travers un épiderme sain? Que sera-ce donc si l'on place la matière à absorber sur la muqueuse du gland ou de la vulve où l'épithélium est si ténu, et dans des conditions aussi favorables à l'absorption que celles du coït?

Seconde affirmation. — L'auteur veut que le pus d'un chancre produise *de nécessité* l'inflammation ulcérative partout où il pénètre, si ce n'est dans les vaisseaux absorbants. — Nous avons déjà vu ce qu'il fallait penser de cette prétendue nécessité; nous n'y reviendrons pas ici. Ajoutons seulement que si l'observation directe s'est positivement prononcée contre elle, elle n'est pas moins en opposition avec l'autorité et avec les lois de l'analogie: avec l'autorité, car la presque totalité des auteurs, Hunter, Swédiaur, Lagneau, etc., ne croient nullement à cette nécessité; avec l'analogie, car qui ne connaît les exemples de coliques saturnines, d'empoisonnemens, produits par l'application de diverses substances (substances quelquefois bien autrement corrosives que le pus virulent, l'acide arsénieux par exemple) sur la peau ou certaines muqueuses (celles du vagin entre autres) recouvertes d'un épiderme sain. (1) Qui ne connaît les expériences de M. Magendie, dans lesquelles cet habile expérimentateur a vu un acide pénétrer à travers les parois d'une veine dans un liquide qui traversait ce vaisseau ; et celles de Fodéra, qui a vu des réactions chimiques s'effectuer entre des liquides plus ou moins caustiques, placés dans des cavités isolées par des membranes organiques. M. Orfila, dans des expériences toxicologiques, n'a-t-il pas prouvé que les poisons les plus corrosifs, malgré leur action désorganisatrice sur les tissus, sont cependant toujours absorbés en partie? N'est-ce pas abuser étrangement de la crédulité publique que d'espérer le succès d'une assertion gratuite, qu'on ne se croit même pas obligé de justifier, malgré son opposition flagrante avec l'observation directe, l'autorité et l'analogie!

Première hypothèse. — L'auteur se place dans l'hypothèse qui veut que toute absorption soit précédée d'une sorte d'imbibition des tissus, etc. Comme cette hypothèse me semble de toutes ces choses la plus indifférente à la question, après ce qui vient d'être dit, je ne me ferai ici ni son détracteur, ni son adversaire. Je me bornerai seulement à faire remarquer la prédilection toute par-

(1) Il ne faudrait pas ici vouloir arguer sur les mots, et dire comme certains physiologistes que dans ces cas l'intégrité de l'épiderme n'est pas complète, et que l'observation au microscope, par exemple, y montrerait très-probablement une altération. Cette question, qui s'applique à l'absorption en général, est tout à fait en dehors de celle qui s'agite ici et dans laquelle il s'agit seulement de savoir si l'absorption du virus peut s'accomplir sans altération, *appréciable par les moyens ordinaires*, des surfaces cutanées ou muqueuses. Cette dernière est la seule importante, la seule facile à résoudre; l'autre est à la fois inutile et à peu près insoluble.

ticulière que l'auteur a de se placer dans les hypothèses, quand il serait si facile de rester dans les faits.

Seconde hypothèse. — Celle-ci n'est pas explicitement énoncée dans le passage cité, mais elle y est implicitement renfermée. Quand l'auteur dit que, « Pour que le bu- « bon virulent eût lieu, il faudrait que les « vaisseaux lymphatiques eussent des bou- « ches ouvertes sur les surfaces muqueuses « ou cutanées, » il suppose que l'absorption du virus ne peut se faire que par les vaisseaux lymphatiques ; or, cette hypothèse est contraire à tout ce que les recherches des physiologistes contemporains ont appris de plus positif. Il faudrait aujourd'hui une obstination à toute épreuve pour ne pas admettre que l'absorption se fait au moins en grande partie par les veines. Il est vrai qu'en ce qui concerne les bubons l'auteur pourait dire que dans ce cas particulier l'absorption ne peut être attribuée qu'aux lymphatiques, puisque c'est le ganglion lymphatique lui-même qui est affecté. Mais c'est là soulever la question tout entière de la pathogénie des bubons. question qui sera longuement examinée dans mes commentaires sur les critiques de ce travail, et dont tous les inoculateurs, moins celui que nous aurons occasion de citer, out à peine effleuré l'écorce.

Ainsi qu'on le voit, cet édifice d'affirmations et d'hypothèses était bâti sur le sable, et il a suffi d'un léger souffle de raison pour en disperser jusqu'au dernier débris. Poursuivons cependant jusqu'à la fin l'examen de la doctrine sur les bubons d'emblée.

S'il est dans la science une vérité axiomatique et que l'on puisse croire à l'abri de toute atteinte, c'est assurément celle qui exprime qu'il n'y a point d'effet sans cause. Les inoculateurs cependant ont cru pouvoir penser ou au moins exprimer le contraire. Pour eux un bubon *qui n'est précédé d'aucune autre affection*, qui survient simplement après un coït infectant, est un bubon *sympathique*. Mais ceux qui ont affecté cette qualification aux bubons d'emblée ont-ils bien réfléchi à sa signification? Il est permis d'en douter. Sans vouloir en aucune façon entrer dans la théorie de la sympathie, qu'appelle-t-on et que peut-on appeler affection sympathique? Le mot l'indique assez : c'est une affection qui se développe à propos d'une autre affection, qui a des rapports inconnus avec cette autre affection. Qu'un calcul de la vessie produise une douleur à l'extrémité de la verge, c'est une douleur sympathique ; que la présence des vers dans le canal intestinal détermine un prurit au nez, c'est une sensation sympathique ; qu'une affection du testicule provoque des vomissements, ce sont des vomissements sympathiques. Un bubon qui se manifeste à la suite d'un chancre, d'une blennorrhagie, etc., cela se pourrait à la rigueur comprendre ; mais un bubon qui se développe d'emblée, sans trace d'aucune autre lésion préalable, à quel titre pourrait-il être appelé sympathique? Serait-il sympathique de la congestion des frottements exercés sur la verge dans l'acte tout physiologique du coït (1). Si quelqu'un était tenté de prendre cette explication au sérieux, qu'il veuille bien réfléchir que les bubons d'emblée se développent souvent après un seul coït, par conséquent, sans irritation aucune, tandis qu'on ne les voit pas se développer chez les individus qui répètent plusieurs fois cet acte, si d'ailleurs les rapports ont lieu avec une personne saine. Ainsi, dans un cas de bubon d'emblée développé à la suite d'un coït infectant il n'y a qu'une cause de maladie; l'effet la suit presqu'immédiatement, et cependant on refuse de la reconnaître! Que n'attribue-t-on alors à la sympathie la stomatite qui se développe à la suite d'une friction mercurielle, la dilatation de la pupille, suite d'onctions belladonisées, ou même les empoisonnements mortels résultant de l'application de diverses substances sur la peau ou les muqueuses non dénudées! Cela ne se-

(1) Je serais tenté de croire que certains auteurs ne sont pas éloignés de partager cette opinion, car on trouve consignée, dans un des cas de bubons d'emblée cités dans les *Recherches crit. et expérim. sur l'inocul.*, cette circonstance que le bubon se développa après une nuit pendant laquelle le coït fut exécuté sept fois. Mais il est certain que l'on pourrait entièrement rassurer les personnes qui se livrent avec tant d'ardeur aux plaisirs de Vénus, si elles ne s'exposaient ainsi à d'autres dangers qu'à celui de contracter des bubons d'emblée. Je pourrais appuyer mon dire en leur citant l'exemple d'un jeune couple qui, autant qu'il m'a été possible de m'en assurer, a répété le coït soixante-douze fois en cinq jours, et qui en a été quitte pour une inflammation assez légère des parties génitales. C'est donc (sous le rapport de la facilité à contracter des bubons) moins dans la quantité que dans la qualité des coïts que réside le danger, et les individus très-adonnés aux plaisirs vénériens sont, sans aucun doute, les plus exposés à rencontrer des qualités équivoques.

rait-il pas tout aussi rationnel que de lui attribuer les bubons d'emblée de ces trois soldats observés par Swédiaur, et qui tous trois furent simultanément affectés de cette maladie après avoir eu des rapports avec la même femme, ou bien encore cette série de bubons d'emblée consignés dans les *Recherches sur l'inoculation*, et dans lesquels on aime mieux voir un effet sans cause que le résultat pur et simple d'une absorption morbide très-rationnelle, et qui ne manque pas d'analogues dans la science. Évitons cette manière choquante de raisonner, et reconnaissons que s'il peut y avoir du doute sur la nature d'un bubon, ce ne peut être sur celui qui se développe d'emblée après un coït; dans ces cas, une seule cause peut avoir agi, une seule doit être invoquée; cette cause c'est le virus syphilitique.

Je me résume dans les propositions suivantes :

1° L'inoculation est insuffisante souvent, fausse quelquefois, pour établir le diagnostic des bubons en général;

2° Dans les cas de bubons abcédés, l'ensemble des symptômes décrits par les auteurs permet toujours d'établir ce diagnostic avec facilité;

3° Dans les bubons non abcédés (cas où l'inoculation ne saurait être appliquée), ces symptômes suffisent encore dans la grande majorité des cas.

4° Tous les bubons d'emblée (en prenant ce mot dans toute sa rigueur) qui se développent à la suite d'un coït impur sont syphilitiques.

H. DE CASTELNAU.

(*La suite au prochain numéro.*)

OBSERVATIONS.

DE L'EMPLOI DES PRÉPARATIONS D'ARGENT DANS LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES.

Nous avons eu occasion de dire, dans le dernier numéro de ce recueil, à propos des faits cités par M. le docteur Payen, combien l'expérimentation apportait de mécomptes dans le résultat des observations thérapeutiques, et nous citions pour exemple ce qui avait été dit des bons effets de l'emploi des préparations d'or et d'argent contre la syphilis, et ce que nous avions obtenu dans nos essais répétés à l'hôpital Saint-Louis. Biett et moi nous avons, en effet, expérimenté les préparations d'or vantées par plusieurs praticiens, et les résultats ont toujours été si douteux que nous avons dû ne conserver qu'une très-faible confiance dans la valeur de ces agents. Quant aux préparations d'argent, elles ont été, on le sait, mises en relief par M. Serres, de Montpellier, en 1838, dans un mémoire où il vantait leur heureuse influence contre les affections syphilitiques; depuis ce moment, on a publié divers travaux partant du même point et tendant au même but. Cependant après M. Serres nous avons fait avec Biett une série d'expériences sur les préparations d'argent. Sur vingt malades, traités soit avec le cyanure, soit avec le chlorure, soit avec l'iodure, soit avec le phosphate d'argent, chose remarquable, nous n'avons obtenu aucun cas de succès! Hâtons-nous toutefois de dire pour expliquer autant que possible cette contradiction dans les résultats que M. Serres expérimentait sur des symptômes primitifs, qui peuvent *disparaître*, on le sait, sous l'influence de tous les moyens possibles, tandis que nos essais portaient sur des accidents secondaires, de ceux que l'on appelle symptômes de *syphilis constitutionnelle* ou confirmée: voilà pour le fait; quant au principe, nous étions dans le vrai, puisque nous demandions aux préparations d'argent la preuve de leur efficacité, là où l'on reconnaît que l'action syphilitique existe réellement : on sait quelle a été leur réponse. Il nous reste à établir le soin avec lequel ont été faites nos expériences, et pour cela parmi les observations recueillies à cette époque, nous avons pris les suivantes, sur lesquelles nous appelons l'attention des lecteurs.

SYMPTÔMES SECONDAIRES DE LA SYPHILIS. — SYPHILIDE SERPIGINEUSE. — TRAITEMENT INFRUCTUEUX PAR LE CHLORURE D'ARGENT. — AMÉLIORATION PAR LE PROTOIODURE DE MERCURE.

F....., scieur de long, âgé de 34 ans, est né dans le département de la Corrèze; taille, 5 pieds 1 pouce, blond, yeux verts, muscles peu développés, force moyenne; son père et sa mère se portent bien. Il a été vacciné et n'a eu dans sa jeunesse que la rougeole vers l'âge de 7 ans. Tombé à la conscription, il est parti en 1830 et a fait 2 ans 1|2 de service. — En garnison à Montauban, il a contracté, au commencement de 1832, un écoulement qui a duré 3 semaines. Au bout de huit jours, il a commencé à prendre du baume de copahu, qu'il a continué une semaine, et à la fin de la troisième semaine l'écoulement avait cessé. L'écoulement existait depuis huit jours, lorsque les ganglions inguinaux du côté droit s'engorgent et acquièrent le volume d'un œuf de poule sans suppurer. — Cet engorgement persiste après la disparition de l'écoulement; mais avant la cessation de celui-ci, il survient, à la partie antérieure et moyenne du gland, une ulcération arrondie, déprimée que le malade panse avec l'onguent mercuriel. Le malade ne se rappelle pas combien a duré cette ulcération.

Il se marie à l'âge de 29 ans. Sa femme se porte bien et n'a aucune éruption. Il a deux garçons, l'un de 4 ans et l'autre de 18 mois, qui se portent bien et n'ont aucune éruption. Ce malade ne fait pas d'excès, son régime est peu substantiel. Il y a 3 ans, à l'âge de 31 ans, il est pris de douleurs très-vives dans les articulations tibio-tarsiennes, et tibio-fémorales qui empêchaient la marche. En 1835, il alla aux eaux du mont d'Or; — l'année suivante il alla à Néris, et revint soulagé dans son pays. Depuis ce temps, les douleurs ont disparu graduellement. Au mois de novembre 1836 une éruption ulcéreuse se développa dans le cuir chevelu, mais en quinze jours il en fut complétement débarrassé. — En même temps une portion de la peau de la nuque s'ulcérait à son tour. Cette ulcération, qui succédait à une simple rougeur sans élévation, tendait à envahir de nouvelles parties tandis que les premières attaquées tendaient à la cicatrisation. L'ulcération de la nuque fut 6 mois à se cicatriser. Pendant sa durée et depuis, des ulcérations semblables se sont développées sur l'épaule gauche, la partie antérieure de l'épaule et le bras droit. — Les ulcérations étaient pansées avec l'onguent mercuriel. — Aucun traitement intérieur.

Etat actuel. — 23 mai 1838. — Santé bonne, fonctions digestives en bon état, pas de diarrhée. La respiration est bonne, seulement depuis l'apparition des douleurs articulaires, la voix est un peu voilée sans trace d'ulcération à l'arrière-gorge et sans que le larynx soit douloureux au toucher. Les jambes ne sont plus douloureuses et les os ne présentent aucune inégalité.

Sur la partie inférieure et externe du bras droit existe une ulcération de 2 pouces 1|2 d'étendue, assez peu régulière, à bords festonnés et plus rouges que la surface. Cette surface, lisse et tendue dans certains points, est plissée dans d'autres, elle est formée d'un véritable tissu inodulaire — Au milieu du pli du bras existe une ulcération parfaitement arrondie, du diamètre de 15 lignes; les bords en sont rouges, durs et saillants. Le fond, déprimé et rond, paraît reposer sur le tissu cellulaire sous-cutané. Il y a 3 semaines que cette ulcération s'est ainsi étendue; auparavant elle était divisée en deux par une portion de peau saine; par sa partie supérieure externe, cet ulcère touche par un grand point rétréci à la cicatrice décrite plus haut.

Sur la nuque, existe une surface de 15 lignes d'étendue transversale, complétement blanche, non déprimée, et où la peau ne paraît pas avoir été détruite dans toute son épaisseur. Sur la partie droite et supérieure de la poitrine existe une surface de 3 pouces et 1|2 d'étendue en travers et de 3 pouces de hauteur à sa partie externe, — ses 3|4 internes sont cicatrisés. Sa partie externe offre des ulcérations arrondies et recouvertes de croûtes jaunâtres assez épaisses. La moitié interne de la cicatrice est blanche, déprimée, gauffrée; la portion externe est violacée. — Sur le milieu du gland on remarque une cicatrice arrondie, blanche, déprimée, large de 3 lignes en tous sens.

Sur la partie supérieure et postérieure du bras gauche, existent 3 cicatrices du diamètre d'une pièce de 20 sous, arrondies, blanches, gauffrées dans quelques points, plissées dans d'autres. Près de ces cicatrices, en existe une autre, allongée verticalement de 2 pouces d'étendue dans ce sens, cicatrisée supérieurement et blanche, violacée inférieurement, présentant même en ce point une ulcération recouverte d'une croûte jaune lenticulaire.

— 29 mai. — Le malade commence l'usage du chlorure d'argent à la dose d'un demi-grain en frictions sur la langue faites le matin et le soir. Elles donnent lieu à un goût amer dans toute la bouche. L'ulcération du pli du coude pansée avec du cérat simple est moins profonde, sa surface est rosée.

— 2 juin. — Les frictions sont toujours continuées; le malade emploie maintenant un grain de chlorure. Pas de changement en mieux; l'ulcération, située au haut de la plaque de la portion tendue, continue à faire des progrès; elle s'agrandit et devient plus profonde. — l'ulcération du pli du coude s'accroît aussi un peu en largeur.

20 juin. — Il y a 3 ans, en chargeant du

tin, le manche de la fourche lui frappa fortement les bourses, qui se tuméfièrent sans cependant l'empêcher de travailler. La douleur et le gonflement, qui disparurent promptement à droite, persistèrent pendant 2 ans à gauche; aujourd'hui, le testicule gauche est atrophié, mollasse, indolore, et, depuis dix jours, le malade s'est aperçu d'une petite ouverture fistuleuse formée à la partie postérieure inférieure du scrotum, adhérente au testicule, et fournissant un suintement muqueux. L'ancienne cicatrice, placée à la partie supérieure et postérieure du bras, s'est aussi ulcérée depuis quinze jours et formait une suppuration assez abondante. L'ulcération de la partie droite de l'épaule n'a fait que s'accroître depuis l'entrée du malade à l'hôpital. — L'ulcération du pli du coude est dans le même état. Le malade a toujours fait jusqu'ici ses frictions sur la langue et il n'en est résulté aucun phénomène physiologique appréciable; la santé générale est bonne, seulement il ressent, depuis son séjour à l'hôpital, des douleurs ostéocopes, sans gonflement osseux, sur le coude-pied et la moitié inférieure de la jambe droite.

— 22 juin. — On cesse le chlorure d'argent, dont il a pris 34 grains, ce qui n'a pas empêché les ulcérations de s'agrandir et d'anciennes cicatrices de s'ulcérer; il est mis à l'usage de l'extrait aqueux d'opium.

— 30 juin. — La fistule testiculaire est fermée depuis 4 ou 5 jours. On commence à lui donner 2 pilules d'un demi-grain de protoiodure et de thridace : saponaire; la demie. — 4 juillet. — On donne 3 pilules. — 10 juillet. — Il y a déjà une amélioration notable. — L'ulcère du pli du coude est presque entièrement cicatrisé. — Du reste, pas d'excitation des gencives. — 22 juillet. — L'état n'est pas aussi satisfaisant qu'on l'espérait. Les ulcères, recouverts de croûtes brunâtres, continuent à suppurer. Il y a quelques jours, la bouche est devenue sensible, l'haleine fétide; ces symptômes ont cédé à un gargarisme émollient. Il a déjà pris 83 pilules de protoiodure. — 27 juillet. — La bouche est toujours excitée; on suspend les pilules, dont il a pris 100. — Une pilule, un demi-grain d'opium; trois quarts.

— Le 2 août, il y a de la tendance à la cicatrisation dans l'ulcère du coude, la bouche n'est plus affectée. — Le 3 août, il recommence les pilules de protoiodure à la dose de 1. — saponaire, trois quarts. — Le 4, il en prend 2, 3 le 8, il prend les bains alcalins. Le 11 août, l'ulcération de la poitrine est presque cicatrisée; celle du bras gauche présente toujours le même état.

Le malade veut s'en aller le 18 août. Il a pris 137 pilules. L'ulcération de la poitrine est alors complétement cicatrisée, et à sa place existe une coloration violacée. — Celle de la partie supérieure du bras gauche reste seule à cicatriser, et n'aurait probablement pas tardé à l'être si le malade fût resté quelques jours de plus.

ACCIDENTS SYPHILITIQUES SECONDAIRES. — SYPHILIDE TUBERCULEUSE ULCÉRÉE; IRITIS A GAUCHE. — TRAITEMENT INFRUCTUEUX PAR LE CYANURE D'ARGENT; GUÉRISON PAR LE PROTOIODURE DE MERCURE.

D..... est âgé de 31 ans, taille de 5 pieds 5 pouces, blond, yeux bleus, peu d'embonpoint, système musculaire peu développé. Il est né à Fécamp, en Normandie, où il resta jusqu'à l'âge de 18 ans, occupé dans une filature de coton. Depuis ce temps il fut militaire, puis occupé à la douane du Havre. Son père était d'une très-bonne santé; il est mort d'accident à l'âge de 62 ans. Quant à sa mère, elle est âgée de 67 ans, et depuis l'âge de 40 ans elle est atteinte d'une affection cancéreuse qui, d'abord bornée au grand angle de l'œil gauche, a fait de grands progrès depuis 6 ans. Maintenant, le front, la joue à sa partie inférieure sont envahis par la maladie; l'œil est perdu depuis 3 ans.

Son enfance fut maladive jusqu'à l'âge de 8 ans; il a été vacciné et n'a jamais eu d'éruptions varioliformes. A 10 ans, il est atteint de la rougeole, qui le retient 8 jours au lit. A 11 ans, il est atteint d'un engorgement ganglionnaire du volume d'un petit œuf de poule et siégeant sous l'angle gauche de la mâchoire. Cet engorgement ne suppure pas et disparaît de lui-même au bout de 6 mois. A l'âge de 19 ans, il s'engage dans l'artillerie de marine, se rend à Cherbourg et s'embarque au bout de 2 ans, à l'âge de 21 ans, pour aller à Navarin. Il reste 2 ans en Grèce. En 1830, à Toulon, 4 à 5 jours après avoir eu des rapports avec une fille publique, un chancre apparut à l'extrémité du prépuce, siégeant et sur la muqueuse et sur la peau ; ce chancre était placé en avant. Il est bon de dire que ce malade ne pouvait pas découvrir. Ce chancre, à son début, était du diamètre d'une pièce de 2 liards; il était arrondi, de niveau avec les surfaces environnantes; seulement, son fond était grisâtre, tandis que les bords étaient d'un rouge vif. Ce n'est qu'au bout de 20 jours qu'il va consulter le chirurgien du bord; à ce moment il avait déjà augmenté d'un tiers. Pendant 3 semaines on lui fait boire de la tisane de chiendent; on lui fait appliquer sur le chancre des plumasseaux enduits d'onguent mercuriel. Lorsqu'il alla consulter le chirurgien, le prépuce était rouge et gonflé autour du chancre; en même temps il s'écoulait une abondante suppuration de l'intervalle du prépuce et du gland. A ce moment, le chirurgien parla de pratiquer l'opération du phymosis. Sous l'influence des applications d'onguent mercuriel

le prépuce devint moins rouge et moins gonflé; mais le chancre faisait des progrès : il avait acquis au bout de ces trois semaines de pansements le diamètre d'une pièce d'un sou. C'est alors qu'il commença l'usage des bains locaux dans lesquels on mettait un peu d'une solution de sulfate de cuivre. Au bout de six semaines de leur emploi le chancre est presqu'entièrement cicatrisé après avoir duré 3 mois; mais ce n'est que 4 mois après qu'il est complétement guéri et qu'il ne se rouvre plus à chaque instant, ainsi que cela avait lieu.

En 1831, après avoir eu des rapports avec une servante espagnole, D... voit survenir, 7 ou 8 jours après, un écoulement blennorrhagique existant à la fois et entre le prépuce et le gland et dans le canal. Mais ce dernier écoulement était beaucoup moins abondant que le premier. Pendant 15 jours il éprouve des cuissons assez vives dans le canal après l'émission des urines. Dès le début de l'écoulement il boit de la tisane; puis, au bout d'un mois, il prend pendant 3 jours 3 cuillerées de la potion de Chopart. Au moment où il a pris le copahu, l'écoulement était diminué, bien que cependant il fût encore abondant. Il est supprimé au bout de ces trois jours de l'emploi de la potion de Chopart; mais pendant 6 mois encore il s'écoulait une petite goutte de mucosité purulente précédant l'émission des urines. Depuis qu'il a eu cet écoulement, le jet de l'urine est toujours lancé au loin; il n'est pas bifurqué près du canal de l'urètre, seulement il est plus petit. Au commencement de 1832, en février, il quitte le service militaire et part à pied de Toulon; en arrivant à Draguignan, après avoir fait environ 36 lieues à pied, il s'aperçoit d'un engorgement ganglionnaire à l'aine gauche siégeant près de la partie antérieure. Cet engorgement avait à peu près 1 pouce 1/2 d'étendue en travers et 6 lignes en hauteur. A ce moment il n'avait pas la moindre ulcération à la verge ni aux pieds : ceux-ci n'étaient pas même écorchés, quoique cependant ils fussent fatigués. En arrivant à Draguignan, il consulte un médecin, qui regarde cet engorgement existant depuis la veille comme étant un bubon, et lui conseille d'entrer à l'hôtital. Au lieu de cela le malade continua sa route. En partant le matin il souffrait beaucoup, et le soir l'engorgement, de rouge qu'il était, était devenu noirâtre, et il s'était écoulé du sang par une ouverture qui s'était faite à la peau. Dès ce moment, les douleurs cessent, et le malade reprend sa route sans souffrir. Au bout de 10 jours il ne restait plus de trace de cet engorgement qui, probablement, n'était dû qu'à la fatigue du voyage. Au mois d'octobre 1835, sans prodromes, sans causes sensibles préalables, il survient une éruption sur la partie gauche du front; elle est caractérisée par une dizaine d'élevures rouges, arrondies, lenticulaires pour la forme et le diamètre. Ces élevures étaient recouvertes à leur sommet par une petite squamme qui, après son ablation, laissait une surface rouge et un peu humide. Cette éruption n'a pas laissé de cicatrice sensible. En même temps qu'elle se développait, les yeux devenaient malades, et spécialement l'œil gauche; ils restèrent dans le même état pendant un mois. Le blanc des yeux était d'un rouge uniforme : il y avait larmoyement, photophobie, douleur dans les globes oculaires et tout autour de l'orbite; mais les douleurs étaient moins fortes la nuit que le jour. Ces symptômes joints à l'état des iris, et surtout du gauche que l'on peut observer maintenant, prouvent jusqu'à l'évidence que c'était une double iritis. La vue se rétablit complétement de l'œil droit au bout d'un mois; mais pour l'œil gauche, pendant longtemps, et encore maintenant quelquefois, le malade voyait comme des mouches voler et s'interposer entre l'œil et l'objet qu'il regardait. Contre cette iritis, le malade employa des collyres dont il ignore la composition, et au bout de 15 jours de durée de la maladie, on lui tira environ 1 verre 1/2 de sang. En même temps que l'éruption papuleuse du front et les iritis s'étaient développées, il s'était aussi développé une éruption au bras droit et à la partie supérieure des cuisses. Cette éruption n'était pas semblable à celle du front; elle était constituée par des tubercules qui s'étaient ulcérés et recouverts de croûtes au-dessous desquelles s'accumulait du pus. Cette éruption durait encore deux mois après que celle du front avait disparu. Il prend cette fois environ 12 pots de salsepareille. En novembre 1836, seconde éruption tuberculeuse se développant en divers points des membres supérieurs et inférieurs. Ces tubercules ne tardèrent pas à s'ulcérer et à se couvrir de croûtes qui masquaient des ulcérations faisant des progrès en étendue. — Le 21 février 1837, il entre à l'hôpital de Rouen; dès son entrée il est mis à l'usage de la liqueur de Van-Swieten, qu'il prend pendant 60 jours. Il avait commencé en même temps l'emploi des bains sulfureux, gélatineux qu'il prenait tous les jours. Ces bains, qu'il continue deux mois encore après la liqueur, n'avaient produit aucun changement pas plus que l'usage de la liqueur. C'est alors qu'il prend 20 fumigations, dont 10 cinabrées; en même temps la cicatrisation des surfaces ulcérées marche avec une rapidité telle qu'au bout de 20 jours de l'emploi de ces fumigations il sort de l'hôpital, n'ayant plus que deux ou trois endroits recouverts de croûtes. — Il était resté 5 mois à l'hôpital de Rouen, et il en sort en juillet 1837. Les surfaces revêtues de croûtes, au lieu de se cicatriser, comme il en avait conçu l'espoir, s'agrandissent : ainsi quelques points à la partie interne du pied

gauche, au-dessous de la malléole interne, autour du genou gauche, et enfin à la partie interne de la cuisse droite restent ulcérés et fournissent de la suppuration. La partie interne du pied gauche devient surtout plus malade sous l'influence des fatigues et de la marche auxquelles son état de douanier le force de se livrer. Il est obligé de suspendre ses fonctions au mois de janvier 1838, et se décide à venir à Paris. C'est alors qu'il entre à l'hôpital Saint-Louis le 7 avril 1838.

État actuel. — A la face interne du pied gauche, dans les régions malléolaires et calcanéennes, on observe des plaques saillantes au-dessus du niveau de la peau, variant en diamètre depuis la largeur d'une pièce de 5 sous jusqu'à celle d'une pièce de 10 sous. De ces plaques, celles qui sont isolées sont arrondies, mais la plupart sont confondues ensemble. Cependant l'ensemble de ces tubercules ainsi agglomérés présente encore une disposition arrondie; ces saillies sont d'un rouge violacé, elles sont ulcérées à leur surface, et ces ulcérations, qui sont également arrondies, sont grisâtres et fournissent une suppuration abondante et fétide. Autour de ces ulcérations la peau présente une couleur violacée qui est due à des plaques tuberculeuses qui se sont cicatrisées, et ont donné lieu à des cicatrices superficielles peu marquées et à cette coloration violacée. — La jambe droite offre des cicatrices nombreuses dont les unes sont isolées, dont les autres sont confondues. Celles qui sont isolées sont arrondies, celles qui sont réunies représentent dans leur ensemble une forme arrondie festonnée. Ces cicatrices sont déprimées : on voit manifestement que le derme a subi à leur niveau une perte de substance. Ces cicatrices offrent une coloration blanche-fauve ou complétement fauve, qui ne subit aucune modification sous l'influence de la pression du doigt, et paraît due à un dépôt de matière colorante. La peau qui forme ces matières est unie dans certains points, mais dans d'autres, elle est comme ridée et gaufrée. Les bras et les avant-bras, mais surtout ceux du côté droit, offrent des cicatrices arrondies, déprimées, blanches, et presque toutes comme gaufrées. — A l'avant-bras droit ces cicatrices forment une large surface de 5 pouces de haut et 2 de large qui offrent les caractères ci-dessus. Il existe deux autres plaques semblables aux faces interne et externe du même bras. En avant et à la face interne des deux cuisses, on remarque des cicatrices qui, par leur dépression, semblent annoncer que la peau a été détruite en entier. Ces cicatrices sont blanches et présentent de petits vaisseaux de nouvelle formation. Sur les cicatrices qui existent au-devant des deux cuisses s'observent deux ou trois croûtes brunâtres qui masquent des ulcérations superficielles. Il n'existe aucune trace d'exostose. La pupille du côté droit est bien contractile, arrondie, et sans dilatation anormale ; la vue est parfaite de cet œil. Du côté gauche la pupille est d'un tiers moins dilatée que l'autre ; elle est contractile, bien que son pourtour irrégulier, comme denticulé, soit garni d'une petite zone blanchâtre qui paraît due à des fausses membranes organisées lors du développement de l'iritis. Au centre de cette zone blanche le champ de la pupille est libre ; l'iris a le même brillant et la même couleur que celle du côté opposé, et la vision, quoique moins parfaite qu'à droite, est cependant assez bien conservée.

15 avril. Le malade est mis à l'usage du cyanure d'argent à la dose d'un 1/2 grain d'abord, et au bout de quelques jours à la dose d'un grain.

11 mai. L'emploi du cyanure, qui est porté aujourd'hui à 1 grain 1/2, et dont il a déjà pris 23 grains, ne produit aucun phénomène physiologique sur l'économie. Il n'en produit pas davantage sur l'éruption.

17. Depuis trois ou quatre jours, les saillies tuberculeuses qui s'étaient en partie cicatrisées à leur sommet se sont ulcérées de nouveau et plus profondément qu'auparavant. Ces ulcérations ont une surface inégale ; elles sont sanieuses. Le malade a pris maintenant 32 grains de cyanure. On voit le peu d'effet qu'il a produit, les ulcérations ayant même pris un mauvais caractère depuis quelques jours. On interrompt cette préparation, et on commence aujourd'hui l'usage de l'extrait aqueux d'opium.

21 mai. Les ulcérations situées sur les saillies tuberculeuses continuent à être inégales, profondes, de manière à avoir détruit en partie la saillie tuberculeuse. Leur surface fournit une saillie purulente d'une nouvelle nature. La plaque de la face antérieure de la cuisse droite a pris une teinte violacée plus foncée. La croûte qui est au centre est plus épaisse, et se trouve soulevée par de la suppuration. Aujourd'hui le malade commence le protoiodure de mercure à la dose de 2 pilules d'un 1/2 grain chaque. Ses dents étant sales et recouvertes de tartre, et sa bouche exhalant une très-mauvaise odeur, on le mit en même temps à l'usage de frictions avec la poudre de quinquina et de charbon.

24 mai. On porte aujourd'hui la dose à 3 pilules Depuis deux jours les douleurs que le malade éprouvait au talon ont diminué notablement ; et aujourd'hui même les ulcérations ont pris un meilleur aspect ; elles ne sont plus baignées par la même sanie purulente, et les bords des ulcérations ont commencé à prendre une teinte rosée.

30 mai. Ce matin les gencives sont un peu tuméfiées et un peu douloureuses. Les pilules sont suspendues. Gargarisme émollient,

poudre de quinquina et de charbon Le malade a déjà pris 37 pilules de protoiodure.

2 juin. Malgré la suppression des pilules, le gonflement des gencives continue; il s'y joint une sécrétion de salive assez abondante, l'haleine est plus fétide que d'habitude; du reste, les ulcérations du pied sont merveilleusement bien; la surface est rosée, les bords sont affaissés. Il n'y a plus maintenant que deux ou trois tubercules ulcérés à cicatriser, encore leur surface est-elle rosée. L'ulcération recouverte de croûtes qui siége sur la partie antérieure de la cuisse droite n'est pas notablement modifiée. Même prescription.

4 juin. Le gonflement des gencives et la sécrétion de la salive ont diminué.

5 juin. Les deux ou trois saillies tuberculeuses ulcérées sont aujourd'hui presque entièrement cicatrisées. Le gonflement des gencives est à peu près disparu.

6 juin. Le malade recommence l'usage des pilules de protoiodure.

8 juin. Le malade continue à bien aller; les croûtes de la cuisse droite sont tombées; il ne reste plus qu'un peu de saillie à leur place.

Ce malade s'est marié à la fin de 1833. Sa femme s'est toujours bien portée, n'a jamais eu d'éruption sur le corps; il en est de même de son enfant, qui aura 4 ans au mois d'août de cette année. Son enfant, en venant au monde, a eu mal aux yeux; néanmoins, au bout de 15 jours de l'emploi de la lotion, le mal a disparu sans laisser de traces. Il est bon de dire que sa femme a une leucorrhée abondante, circonstance suffisante pour produire une ophthalmie à leur enfant.

SYMPTÔMES SECONDAIRES. — SYPHILIDE SERPIGINEUSE; EXOSTOSES. — TRAITEMENT INFRUCTUEUX PAR LE CYANURE D'ARGENT. — GUÉRISON PAR L'EMPLOI DU PROTOIODURE DE MERCURE.

V...., âgé de 56 ans, serrurier-mécanicien depuis sa jeunesse, mais fixé à Paris depuis 23 ans, tempérament nervoso-sanguin, cheveux et yeux bruns, figure maigre, membres secs, mais assez musculeux. Ses forces lui permettaient de porter des charges assez fortes, mais depuis deux ans elles sont diminuées. Son père est mort à l'âge de 40 ans d'une affection cancéreuse du sourcil qui, en 3 ans, envahit l'œil et la joue. Sa mère, petite et forte, est morte en 8 jours, des suites d'une émotion morale survenue au moment de la menstruation.

Ce malade a joui d'une bonne santé dans son enfance, il n'a eu qu'une variole légère, la rougeole, et des inflammations impétigineuses du cuir chevelu de l'âge de 6 à 10 ans. Il n'a jamais eu de glandes sous la mâchoire inférieure.

A 13 ans il entre en apprentissage pour être serrurier-mécanicien. Il tombe au sort à 20 ans et reste 15 ans militaire, attaché comme serrurier aux équipages d'artillerie. Il fait plusieurs campagnes sans recevoir de blessures et sans être fait prisonnier, mais il éprouve beaucoup de privations et de fatigues. A 23 ans, étant à Boulogne-sur-Mer, il contracte une blennorrhagie huit jours après avoir eu des rapports avec une fille publique. Cette blennorrhagie fut très-douloureuse pendant 8 jours; les envies d'uriner étaient fréquentes et suivies d'élancements très-douloureux. L'écoulement fut très-abondant. Il était tourmenté par des érections fréquentes. Au bout de huit jours il entre à l'hôpital militaire de Has près Saint-Omer, où il est mis à l'usage de boissons et de pilules dont il ignore la nature. Au bout de 15 jours il est obligé d'aller rejoindre son corps. Il ne présentait plus qu'un suintement très-léger qui disparut complétement au bout d'un mois. Il n'a jamais eu ni chancres ni bubons, ni engorgement des épidydimes; il urine facilement et avec jet.

Rentré dans la vie civile à l'âge de 35 ans, il se marie un an après. Il a 7 enfants dont 5 garçons qui sont tous morts en bas âge à la suite de convulsions, mais sans avoir présenté d'éruption sur le corps. Des deux filles, l'une a 19 ans, l'autre 16; elles se sont toujours bien portées et n'ont jamais eu d'éruption. Sa femme, âgée de 46, a toujours joui d'une bonne santé. Elle a de temps en temps un peu d'écoulement vaginal et paraît atteinte d'un eczéma des deux conduits auditifs, mais elle n'a jamais présenté d'éruption de la même nature que celle de son mari.

Ce malade est très-sobre, mène une vie très-régulière. En décembre 1836, sans cause appréciable, sans podromes, il voit apparaître sur la face postérieure de l'épaule gauche une éruption qui ne s'est jamais complétement guérie. Lorsqu'un point se cicatrisait, un autre s'ulcérait, de sorte que depuis son apparition elle a envahi une surface assez étendue, mais voisine cependant du point où l'éruption a commencé. Jamais il n'est survenu de boutons ni de croûtes sur d'autres points du tronc ou des membres. Dès le moment où l'éruption a commencé, les forces ont diminué, il a été obligé de faire des ouvrages moins fatigants et s'est mis à travailler à l'étain. — Il n'a employé aucun moyen pour combattre l'éruption de l'épaule. Enfin, au printemps de 1837, apparaît à la partie inférieure et interne du tibia sur la jambe droite une tumeur assez volumineuse, molle au début, très-douloureuse à la pression sans exaspération la nuit. La douleur persiste pendant 6 mois avec intensité. Au bout de ce temps la tumeur devient plus dure,

et maintenant il n'éprouve plus qu'une douleur sourde quelques instants après qu'on a pressé avec force sur les exostoses. Il n'a jamais mouché de croutes, il n'a pas eu de douleurs de gorge, seulement depuis huit ou dix jours il est souvent réveillé la nuit par des douleurs très-vives qui existent dans le côté droit de la tête et en arrière. Ces douleurs se dissipent aussitôt que le malade se réveille et qu'il lève la tête de dessus l'oreiller.

— État actuel, 17 mars 1836. — Langue humide, assez bon appétit, pas de douleurs à l'épigastre, pas de coliques ni de dévoiement, douleurs dans la moitié droite de la tête qui le réveillent plusieurs fois la nuit, pouls normal. On remarque sur la jambe droite à la face interne du tibia, à partir du tiers inférieur, une exostose dure, peu douloureuse à la pression, et du volume d'une moitié d'œuf ordinaire.

Sur la peau qui recouvre les 3/4 supérieurs du scapulum et la moitié postérieure du deltoïde, on remarque une coloration d'un violet livide qui pâlit sous la pression pour faire place à une teinte fauve. Cette surface est parsemée de croûtes plus ou moins épaisses, noirâtres ou jaunâtres recouvrant des ulcérations superficielles qui donnent une quantité variable de suppuration. Quand une certaine quantité de ce pus est accumulée sous ces croûtes, il éprouve des démangeaisons qui disparaissent quand par la pression il a fait sortir cette suppuration. — A la région deltoïdienne, la coloration violacée est circonscrite par des ulcérations recouvertes de croûtes brunâtres qui représentent des segments de cercle assez bien dessinés. La peau qui recouvre le bord postérieur de l'aisselle est parsemée de cicatrices blanches, un peu déprimées, d'une forme assez irrégulière. La peau des régions deltoïdienne et scapulaire offre aussi quelque cicatrice analogue aux précédentes et tranchant sur la coloration violacée environnante.

Ce malade entre à l'hôpital. Le 20 mars 1836 il commence l'usage du cyanure d'argent à la dose de 1/12 de grain en frictions sur la langue. Cette friction donne lieu à un goût stiptique, métallique qui se fait sentir à la partie postérieure du pharynx.

— Le 23 il en prend 1/6 de grain.

— Le 27 la dose est portée à 1/3 de grain. Ce matin 27 il a éprouvé des coliques assez vives.

— 26 avril. — Le cyanure manque et est suspendu pendant quelques jours. Le malade en a déjà pris 39 grains sans qu'il en soit résulté de changement marqué.

— Le cyanure est repris le 4 mai.

— Le 7, le malade se plaint de douleurs vives au tiers inférieur externe du péroné. Cette douleur, accompagnée de gonflement de l'os est plus forte la nuit que le jour et s'exaspère sous la pression.

— 16 mai. — Cyanure, 2 grains 3/4. La plaie de la région scapulaire est toujours recouverte de croûtes qui masquent des ulcères fournissant de la suppuration; le cyanure est cessé. Les 49 grains qui ont été employés n'ont pas produit la plus petite modification. L'état général de la santé continue à être assez bon, 1 grain d'extr. aqueux d'opium.

— 25 mai. — L'éruption est stationnaire. La tuméfaction du péroné droit lui donne le volume du tibia et cause des douleurs qui déterminent de l'insomnie; le jour, V.... souffre moins. — Il commence l'usage du protoiodure, dont il prend 2 pilules.

— 27 mai. — Les pilules sont portées à quatre. Hier il en avait pris trois. Cette nuit, les douleurs du péroné ont été moindres, mais il n'y a pas encore de changement bien marqué de l'éruption.

— Le 30. — L'amélioration est plus manifeste. Enfin le malade sort guéri le 15 juin suivant.

REVUE.

NATURE ET TRAITEMENT DU BUTTON SCURVY (ECPHYMA GLOBULUS), PAR LE DOCTEUR PATTERSON DE RATHKEALE.

L'affection cutanée communément désignée sous le nom de button scurvy (bouton scorbutique) se rencontre souvent dans les provinces centrales et méridionales de l'Irlande, et consiste en une éruption d'une ou plusieurs excroissances éparses dont chacune ressemble pour la forme à un bouton convexe, ce qui lui a fait donner son nom, et varie pour le volume de quatre à cinq dixièmes de pouces à un pouce ou un pouce et quart en diamètre.

On trouve peu de renseignements sur cette maladie dans les livres de médecine, et encore se bornent-ils à de courts essais publiés dans les journaux par les médecins irlandais.

Autant que je puis l'assurer, on n'en trouve de description ni dans les ouvrages des auteurs du continent, tels que Alibert, Biett, Cazenave et Schedel, Rayer, ni chez les écrivains anglais qui ont composé des traités spéciaux sur les dermatoses, tels que Willan, Bateman, Numb, et Green. Sa place n'est marquée dans les Nosologies ni de Sauvages, ni de Sagar, ni de Cullen, ni de Mason Good. Ce silence doit, ce me semble, faire penser que cette affection est inconnue sur le continent et dans la Grande-Bretagne; de plus, comme elle n'est décrite ni dans *la Pratique de la médecine* de Macbride, ni dans le *Traité sur les maladies*, du docteur Tuomy, publiés à Dublin, il faut croire qu'elle n'a que tout récemment attiré l'attention des médecins en Irlande.

Il y a environ sept ou huit ans, un des médecins de l'hôpital de Jarvis-Street a fait du button scurvy l'objet d'une leçon qui a été publiée dans la *Lancette*. Il l'a décrit comme une espèce de rupia, et a inventé pour lui un nom particulier. Il a seulement voulu prouver qu'il était d'origine syphilitique, et devait être traité par l'emploi des mercuriaux à l'intérieur.

M. Carmichael, dans une de ses leçons cliniques publiées dans *Medical Press*, dit que la maladie peut durer pendant des mois et même des années, et conseille les soins de propreté, le régime, l'usage fréquent de bains chauds et l'emploi de pilules de Plummer avec la salsepareille.

Dans le numéro du mois de juillet 1842 de *Dublin medical Journal*, on trouve un travail intéressant du docteur Osbrey sur l'usage des préparations d'iode, et dans lequel ont été rapportés incidemment deux cas de button scurvy. Comme l'article de ce médecin a été publié tout récemment, et comme ces deux faits ont été observés par plusieurs autres praticiens, la description donnée par M. Osbrey peut être regardée comme le résumé de l'état actuel des opinions et de la thérapeutique sur cette maladie. Je vais donc reproduire ses observations en entier :

« Je prescrivis ce médicament (liqueur d'hydriodate, d'arsenic et de mercure), dit le docteur Osbrey, dans un cas de button scurvy. La malade, Anne Fitzgarald, âgée de 12 ans, et sa sœur, avaient été traitées par moi 6 mois auparavant pour la même maladie : sa sœur avait été complétement guérie par l'usage interne de l'iodure de potassium et les applications locales de pommade au goudron et d'onguent citrin; mais ce traitement avait complétement échoué chez Anne. J'administrai ensuite à celle-ci les préparations mercurielles jusqu'à ce que les gencives en fussent affectées, et le résultat n'en fut pas favorable. D'autres médecins ne furent pas plus heureux que moi, et comme j'avais guéri la sœur, sa mère me l'amena de nouveau au dispensaire dans l'espoir que je pourrais enfin réussir. Je fis voir la malade au docteur Hamilton, qui reconnut aussi le button scurvy, et me conseilla d'essayer la décoction de salsepareille avec un huitième de grain de sublimé, trois fois par jour; mais comme je lui avais autrefois fait prendre ce médicament et sans succès, je ne voulus plus y avoir recours, et je lui prescrivis la liqueur d'hydriodate d'arsenic et de mercure, de la même manière que dans le premier cas mentionné. En un mois, elle fut complétement guérie. »

J'ai souvent eu l'occasion d'observer dans ma propre pratique des cas de cette forme de maladie cutanée, dans lesquels le mercure avait été administré jusqu'à la salivation et sans succès, par des praticiens très-recommandables. On peut en inférer que généralement on regarde le button scurvy comme une affection constitutionnelle qui exige l'emploi des mercuriaux à l'intérieur. Pour moi, je pense que cette opinion est complétement erronée, et que ce mode de traitement est inutile et par conséquent irrationnel. Relativement à l'opinion de ceux qui veulent que le button scurvy soit une espèce de rupia, il ne faut que comparer le mode de formation et la condition inorganique de la croûte protubérante de cette dernière maladie avec le mode de développement et l'organisation régulière de la première pour voir que ces affections n'ont aucun caractère commun.

Bateman dit : Le rupia est caractérisé par l'apparition de larges vésicules flasques remplacées par un écoulement de mauvaise nature qui se concrète en écailles minces et superficielles, lesquelles s'enlèvent aisément par le frottement, et se régénèrent ensuite. Le rupia proéminent consiste en écailles coniques et élevées qui se forment graduellement sur les vésicules qui leur servent de base; une écaille striée apparaît d'abord avec assez de rapidité et à mesure que le fluide de la vésicule se concrète; elle augmente ensuite de manière à former enfin une croûte conique. — Plumbe dit au contraire que le rupia s'élève sur des pustules d'ecthyma.

Le button scurvy n'a ni une origine vésiculeuse, ni une origine pustuleuse. L'excroissance n'est pas une écaille, et ne peut pas être arrachée, mais elle a une structure parenchymateuse offrant une organisation régulière. Lorsqu'on demande à un malade atteint de cette affection de montrer une partie où elle commence à se développer, il vous fait toujours voir une tache où la peau, dans l'étendue d'une pièce de cinq sous, présente une coloration d'un rouge clair, et est légèrement élevée et d'une manière égale tant sur les bords qu'au centre, sans la moindre tendance à la suppuration ou à la formation d'une vésicule. Si l'on observe les progrès de la maladie, la

partie devient de plus en plus protubérante jusqu'à ce qu'elle vienne former en définitive cette excroissance très-saillante. La circonférence de celle-ci semble suivre un accroissement proportionnel, mais comme l'élévation des parties centrales dépasse bientôt de beaucoup le cercle de la base, la tumeur en atteignant son complet développement acquiert une convexité très-prononcée. Dans la première période, c'est-à-dire lorsque la production morbide est peu élevée au-dessus de la peau saine environnante, la surface de l'épiderme malade est sèche, exempte d'exsudation, et couverte de petites tubérosités qui semblent occasionnées par une éruption confluente de papules. Dans ce qu'on peut appeler le second degré, la surface de l'excroissance devient plus proéminente, et est encore sèche; mais elle est devenue lisse comme par la distension de l'épiderme, et est beaucoup plus pâle que dans le premier degré. Dans la troisième période, lorsque l'excroissance a acquis une certaine extension, plutôt qu'un grand volume, son apparence est toute différente, sa surface est couverte d'une croûte rude très-adhérente, d'une couleur gris brun, concrète; exsudation glutineuse d'une épaisseur variable. Si l'on enlève cette croûte, la surface véritable de l'excroissance paraît lisse sans solution de continuité à l'exception d'une ou de plusieurs fissures étroites qui sillonnent sa convexité, et fréquemment aussi d'une fissure semblable qui circonscrit la base de la tumeur là où commence la peau saine. Ces fissures laissent écouler une quantité assez considérable d'humeur aqueuse claire. Le malade dans toutes les périodes de l'affection accuse beaucoup de douleur, mais dans la troisième, l'excroissance devient douloureuse au plus haut degré lorsqu'on vient à la frotter ou à la presser. C'est cette sensibilité qui force à réclamer les soins d'un homme de l'art.

L'excroissance offre dans toutes les périodes de la maladie une fermeté charnue élastique; sa base n'est pas enchâssée dans la peau, mais est entièrement superficielle comme si elle reposait simplement sur la surface de la partie; de telle sorte qu'on pourrait l'enlever sans occasionner ni ulcération, ni abrasion du derme. Ce dernier ne présente lui-même d'autre altération qu'un accroissement de vascularité de sa partie sous-jacente à la tumeur, vascularité analogue à celle qu'on observe dans d'autres tissus lorsqu'un corps organisé adventif leur adhère et en tire ses éléments de nutrition comme cela a lieu pour l'utérus et le placenta. Le button scurvy peut donc être regardé comme une maladie appartenant complétement à l'épiderme.

On pourrait peut-être éclairer la pathologie de cette affection en lui appliquant la doctrine du développement cellulaire des tissus, en concevant que dans la partie qui est devenue le siége du mal, les cellules épidermoïdales, au lieu d'être dépouillées normalement de leur pouvoir d'absorption et de nutrition, et d'être soumises à la dessiccation et à la mort, prennent, à mesure que chaque couche se forme successivement, un plus haut degré d'organisation, et retiennent indéfiniment leur vitalité et leur pouvoir de nutrition et de reproduction. Ce raisonnement s'appuie sur ce que la tumeur paraît croître aussi bien par un développement interstitiel que par l'agrégation de nouvelle substance à sa base.

L'excroissance ne semble pas parcourue par des vaisseaux, mais être nourrie par l'imbibition et la transmission intercalaire d'un fluide, comme cela s'observe dans les tissus simples cartilagineux et autres. Si cette description du développement et de l'organisation du button scurvy est exacte, il est évident qu'il n'existe aucun rapport entre cette maladie et le rupia.

Quant à ce qui est de l'origine syphilitique qu'on lui a supposée, il n'y a aucune raison de croire qu'il ait quelque connexion avec ce virus. L'opinion populaire est entièrement contraire à cette supposition, et l'on doit présumer que s'il provenait de la syphilis on l'aurait observé souvent dans d'autres contrées que l'Irlande, et qu'il aurait été décrit par quelques-uns des nombreux observateurs qui ont écrit sur la maladie syphilitique. J'ai moi-même vu beaucoup de cas où j'avais toute raison de croire que cette dernière affection ne jouait aucun rôle; il y en a cependant aussi où j'ai conservé des doutes, chez un homme par exemple qui avait eu à plusieurs reprises des affections vénériennes, qui portait sur différentes parties du corps huit ou neuf excroissances de button scurvy, et éprouvait en même temps des douleurs ostéocopes. Un cas semblable pourrait donner lieu à quelque doute; mais le malade dont je parle avait aussi les mains et les avant-bras couverts de gale, et les extrémités supérieures et inférieures complétement couvertes de lèpre vulgaire; de telle sorte qu'on pourrait tout aussi bien appliquer le même raisonnement à ces dernières maladies qui ne sont nullement syphilitiques qu'au button scurvy lui-même.

Les condylomes syphilitiques globuleux de Fricke, décrits dans la *Médecine clinique* de Graves se rapprochent plus du button scurvy que toutes les autres maladies de la peau, mais on ne peut cependant pas la confondre avec lui, car ils diffèrent sous le rapport de la coloration et du lieu qu'ils occupent, et si les condylomes de Fricke sont les mêmes que ceux qui se rencontrent aux environs de l'anus et des organes de la génération dans ce pays-ci, ils diffèrent du button scurvy en ce qu'ils ont leur base enchâssée jusqu'à une certaine

profondeur dans la peau, tandis que l'autre est complétement superficielle; mais il existe surtout entre eux cette distinction importante que les condylomes semi-globuleux se convertissent, lorsqu'ils sont négligés, en chancres condylomateux, ce qu'on n'observe pas dans le button scurvy. J'ajouterai que M. Carmichael ne regarde pas cette dernière maladie comme de nature vénérienne, car il dit: « Les boutons peuvent être distingués de ceux qui sont vénériens parce qu'ils ne présentent pas en même temps la couleur rouge sombre ou cuivrée qui caractérise les autres pendant leur période d'accroissement ou de décroissance. »

D'après mes observations propres, je ne doute nullement que la maladie ne soit contagieuse à un haut degré, et telle est l'opinion généralement répandue parmi les habitants des campagnes. Chaque malade peut indiquer la source de sa maladie et la manière dont il l'a contractée; ceux qu'on interroge répondent soit qu'ils ont couché dans un lit malpropre, soit qu'ils ont porté des vêtements sales, soit qu'ils ont reçu dans leur lit un voyageur étranger; et on peut remarquer combien les assertions du malade concordent avec le siége qu'occupe la maladie; si elle existe sur le front, il a porté un chapeau d'emprunt; si c'est aux fesses ou aux cuisses, il s'est vêtu d'un pantalon appartenant à un autre, ou bien il a prêté le sien à un voisin, et ainsi de suite.

Le button scurvy est considéré comme une maladie secrète, il n'y a pas, en effet, d'autre affection de la peau qu'on se donne autant de peine à dissimuler. La raison en est aisée à concevoir : dans les autres affections, le bas peuple ne sait pas distinguer celles qui sont contagieuses de celles qui ne le sont pas, tandis que l'apparence du button scurvy se fait aisément reconnaître, et sa contagion non douteuse fait repousser le malheureux qui en est reconnu atteint.

Le moyen par lequel l'infection a lieu est, sans aucun doute, le fluide sécrété par l'excroissance, et si l'on admet que ce dernier soit produit par l'action reproductrice anormale des cellules épidermoïdales. Ce phénomène offre un exemple intéressant d'un stimulus particulier développant la fonction reproductrice dans des organismes inactifs. Il n'y a pas moyen de concevoir comment la sécrétion d'un corps organisé étant appliquée à la surface d'une peau saine peut y produire le développement de corps organisés semblables, si ce n'est en supposant que la sécrétion contient les germes des cellules d'un tissu accidentel; mais ensuite, comme de tels germes ne demandent qu'un élément de nutrition, leur développement peut s'effectuer sur n'importe quelle partie de la peau; ils se trouvent fixés. C'est pour cela que les excroissances du button scurvy sont bornées à quelques points isolés de la surface de la peau, comme s'il n'y avait que là que les cellules épidermoïdales fussent susceptibles de recevoir l'excitation reproductrice.

Quant à cette question, si la maladie est une affection locale ou constitutionnelle, le traitement adopté par la plus grande partie des médecins fait supposer qu'ils la regardent comme de cette dernière nature; et cependant rien ne devait porter à le croire; car, la santé générale est aussi bonne que possible, et les effets des médicaments sont loin de justifier une semblable opinion. L'affection, au contraire, résiste tellement à un traitement constitutionnel, qu'elle est regardée comme un des cas les plus embarrassants qu'un praticien puisse rencontrer.

Il est à peine nécessaire de faire remarquer que button scurvy est un nom mal appliqué, car la maladie n'a aucun rapport avec le scorbut; mais on l'appelle ainsi dans le langage populaire parce que, parmi les basses classes du peuple irlandais, scorbut est un terme général donné à toutes ces sortes de maladies cutanées qu'il s'imagine provenir de la viciation du sang. En nosologie, la place de cette maladie se trouverait dans le genre ecphyma de Good, ou condylome de Sauvages. Il n'existe dans la classification de Cullen ou de Willan aucun genre dans lequel on puisse le classer. Si le mot *globulus* (bouton) peut être accepté comme un terme caractéristique de la forme de l'excroissance, on pourrait exprimer par les mots *ecphyma globulus* la dénomination du genre et de l'espèce auxquels la maladie peut être rapportée.

Dans toutes les maladies de la peau, il n'en est pas, suivant moi, qui puisse être guérie avec plus de facilité, de promptitude ou de sécurité que le button scurvy. Lorsqu'un malade se présente atteint de cette affection, le médecin n'a qu'à bien frotter la surface de chaque tumeur (globulus) avec le crayon de nitrate d'argent. S'il revoit le malade au bout de deux ou trois jours, il trouvera les tumeurs beaucoup diminuées de volume, et, y appliquant de nouveau le nitrate d'argent, peu de jours après elles seront complétement détruites. Il est rarement nécessaire d'employer le nitrate plus de deux fois, et lorsque les tumeurs ont disparu par ce moyen, elles ne reparaissent plus, et on n'en aperçoit plus de nouvelles se développer sur de nouvelles parties du corps, pourvu que le malade ne s'expose pas à une nouvelle infection.

L'action ordinaire du nitrate d'argent n'est pas de produire soit une escarre, soit un ulcère dans la substance de la tumeur, soit de déterminer une ulcération à la surface de la peau sur laquelle repose la base de l'excroissance; la peau reste rouge pendant quelque temps, sans autre apparence morbide. Il pa-

raîtrait que le nitrate d'argent agit ici seulement comme un poison, en détruisant la vitalité morbide et le pouvoir reproducteur des cellules épidermoïdales qui, revenant à leur état normal, se contractent, se flétrissent, se dessèchent et se détachent.

Le nitrate d'argent n'est pas le seul agent dont l'application extérieure soit capable de détruire les globules du button scurvy; on peut se servir encore du sulfate de cuivre et des autres agents de cette classe; mais celui-ci est moins actif et a besoin d'être employé plus souvent que le nitrate d'argent. J'ai moi-même, pendant plusieurs années, mis en usage cette dernière préparation, mais il y a peu de temps, le docteur Kingsley de Roscrea m'a assuré qu'il se servait habituellement des préparations de cuivre, et avec un égal succès.

Le travail que nous venons de reproduire, lu devant la Société chirurgicale d'Irlande, a soulevé une discussion dont voici les points importants.

Le docteur Benson montra un dessin emprunté à M. Carmichael, et représentant l'*ecphyma globulus*, tel qu'il a été décrit par M. Patterson; c'est le seul dessin qu'on possède jusqu'à présent dans la science; le frambeesia de Bateman, le pian d'Alibert, le yaws d'Afrique, le siwens d'Écosse, ont bien quelque ressemblance avec l'ecphyma globulus; mais celui-ci n'offre pas une identité complète avec eux, et doit être considéré comme une maladie propre à l'Irlande, où il se rencontre presque exclusivement dans les campagnes.

Le docteur Hart affirme cependant en avoir vu un certain nombre de cas au dispensaire général de Dublin, particulièrement chez des cordonniers.

Plusieurs membres ne pouvant admettre que les tumeurs du button scurvy, que l'on décrit comme étant organisées, puissent se développer dans l'épiderme lui-même, produit inorganique du derme, pensent qu'elles doivent prendre naissance dans la peau elle-même; ce à quoi M. Benson répond que les cellules épidermoïdales, loin d'être inorganiques, possèdent un certain degré d'organisation, comme l'ont prouvé les dernières découvertes sur ce sujet, et les planches de Breschet et d'Arnold.

M. Kennedy a vu, il y a quelques années, deux cas de button scurvy, et l'impression qu'il a conservée de cette maladie est qu'elle est de la même nature que la verrue commune. Quelques remarques du travail de M. Patterson semblent confirmer cette idée ainsi que la croyance générale que la maladie est contagieuse, que les tumeurs se fendent au bout de quelque temps, soit à leur sommet, soit autour de leur base, enfin les effets avantageux que l'on retire du traitement local.

Bien que l'affection ait été considérée par l'auteur du travail comme locale, le professeur Porter a vu deux ou trois cas dans lesquels elle lui a semblé constitutionnelle; il pense qu'elle peut être et locale et constitutionnelle, et qu'ainsi on aura quelquefois besoin d'avoir recours à un traitement plus actif que celui qui a été indiqué. Il a vu des cas où les caustiques ne pouvaient être supportés, et où l'on avait regardé le traitement constitutionnel comme préférable.

(Dublin, *Medical Press*, mars 1844.)

Afin de compléter ce qui est relatif à la maladie dont il vient d'être question, nous allons ajouter quelques réflexions adressées au même journal, par le docteur Wade de Belturbet.

Les caractères extérieurs du button scurvy, dit-il, ont été si bien décrits par le docteur Patterson qu'il serait inutile d'y ajouter quelque chose; mais je ne puis être du même avis que lui au sujet de la formation du tubercule ou de l'excroissance, comme il l'appelle. Je suis porté à la considérer comme une production fongueuse de la vraie peau, d'une consistance semblable, en quelque sorte, aux granulations exubérantes qui se développent après les brûlures; elle n'est pas douloureuse par elle-même; mais les téguments qui environnent sa base le deviennent à un haut degré sous l'influence de circonstances particulières telles que, par exemple, le frottement exercé par les vêtements, l'arrachement accidentel de l'enveloppe épidermique qui y développe conséquemment une inflammation. Ce n'est que dans de semblables conditions de la maladie, qu'on pourrait la confondre avec le rupia. L'épiderme qui recouvre le tubercule étant enlevé, l'écoulement d'un fluide séreux a lieu, et forme en se concrétant, une croûte assez semblable à celle du rupia. Les personnes que j'ai vues atteintes de cette maladie n'avaient pas l'apparence d'une bonne santé, semblaient cachectiques, avaient la peau épaisse et ressemblant beaucoup à celle des individus atteints aux jambes d'éléphantiasis ou d'érysipèle chronique. Dans un certain nombre de cas, j'ai vu la maladie compliquée de scrofules, de lèpre vulgaire, de psoriasis diffusa, annularis ou de psora inveterata.

Quant à la nature contagieuse de la maladie, il n'y a aucun doute à élever. Je n'ai jamais eu l'idée qu'elle pût avoir une origine syphilitique, bien que, lorsqu'elle se développe entre les fesses, rien ne ressemble plus aux condylomes vénériens. Lorsque les tubercules occupent cette partie, ils sont souvent extrêmement douloureux. Les endroits où la maladie se développe le plus fréquemment sont : la face palmaire des mains, les poignets, les bras, les jambes, les cuisses. Sous le rapport du traitement, le docteur Wade rappelle la diversité des opinions émises; pour lui, il a em-

ployé d'abord la cautérisation avec le sulfate de cuivre et des applications d'une solution saturée de ce sel, et a très-bien réussi; mais ayant depuis rencontré des cas où ce mode de traitement ne suffisait pas, il s'est servi de la potasse fondue pour désorganiser complétement l'excroissance, et la convertir en une masse brunâtre sur laquelle il faisait placer des cataplasmes jusqu'à ce que l'escarre se fût détachée. Jamais il n'a appliqué ce caustique plus de deux fois pour détruire complétement l'excroissance, remplacée alors par un ulcère de bonne nature, qui se cicatrise rapidement et ne laisse aucune trace. Ce médecin n'a recours à aucun autre moyen lorsque la maladie est simple; mais lorsqu'elle est compliquée de quelques-unes de celles qui ont été indiquées plus haut comme la lèpre, etc., etc., son attention se porte d'abord sur les fonctions digestives, et il emploie les apéritifs, les pilules de Plummer (5 grains le soir), en même temps de fortes doses d'hydriodate de potasse; les applications locales consistent en potasse fondue sur l'excroissance, et en frictions sur les parties malades de la peau avec le liniment suivant :

M. Wade a rarement échoué à l'aide de ces moyens dans le traitement des cas les plus invétérés. Une compresse trempée dans une solution de sulfate de cuivre ou de lotion noire, devrait être appliquée trois fois par jour ou même davantage lorsque la maladie existe entre les fesses; toujours il faut prescrire la plus grande propreté. Relativement à l'emploi du nitrate d'argent, recommandé par le docteur Patterson, n'en ayant pas fait usage, il ne peut rien dire de son efficacité, mais il pense qu'on doit en obtenir de bons résultats.

TRAITEMENT DE L'ÉRYSIPÈLE.

Le Fascicule de mars de London medical gazette contient plusieurs faits relatifs à certains modes de traitement, local surtout, de l'érysipèle et qui méritent d'être mentionnés ici.

Dans les cinq observations rapportées par le docteur Mayo, il s'agit de cette forme grave de l'érysipèle caractérisée par une fièvre spéciale, la congestion cérébrale, un gonflement étendu de la tête et de la face avec tendance à la vésication, etc. Ces premiers faits, dont nous ne donnons qu'un abrégé, ont trait surtout à l'emploi des vésicatoires dans le traitement de cette maladie.

Elisabeth Webb, âgée de 32 ans, est reçue à l'infirmerie de Marylebone le 6 décembre; l'érysipèle existe depuis dix jours. Le 7 une purgation avec la rhubarbe et la magnésie avait donné lieu à d'abondantes évacuations alvines; la face et la tête étaient très-enflées mais lisses et pâles, sur le corps on remarquait de larges taches rouges; langue pointue, sèche, mais peu chargée; abdomen non distendu, urines abondantes. Il y avait eu la nuit un délire analogue au *delirium tremens*. On prescrit : mixture camphrée avec sesquicarbonate d'ammoniaque; vésicatoire à l'épigastre. Le 8, moins de délire, même état de la langue, selles faciles, pouls petit, face contractée. On ajoute à la potion de la teinture de quinquina. Les jours suivants, accroissement du délire, face contractée, grande faiblesse, un abcès s'ouvre à l'occiput. Un purgatif avec le calomel et l'opium produit des évacuations fréquentes et bilieuses. Le 11 on prescrit le même purgatif, puis pour le lendemain matin de l'huile de ricin. Application d'un vésicatoire à la nuque. Le 12, le vésicatoire a produit un bon effet. Le délire a beaucoup diminué, le pouls est irritable; il n'y a plus de douleur de tête, plus d'écoulement de l'abcès de l'occiput, évacuations fréquentes, même purgatif au calomel. Le 13 pas de délire la nuit précédente, selle bilieuse, pouls plus large et moins faible, amélioration générale. Cinq grains d'ipécacuanha deux fois chaque jour. La convalescence s'établit dès lors quoique avec lenteur. On continue l'usage des sédatifs chaque jour.

La seconde observation a pour sujet une femme de 76 ans atteinte de l'érysipèle de la face, à laquelle on administra d'abord un purgatif au calomel qui n'empêcha pas la maladie de s'étendre, les douleurs de tête de devenir violentes. Un vésicatoire appliqué à chaque tempe diminua de beaucoup ces symptômes, mais ils se renouvelèrent quelques jours après et disparurent enfin par l'usage de nouveaux purgatifs.

Le même mode de traitement fut employé chez deux autres personnes atteintes d'érysipèles de la face et de la jambe, et dans les deux cas on obtint une amélioration sensible à l'aide des vésicatoires et des purgatifs. Enfin chez une cinquième malade, l'affection eut une issue fatale; on ne put mettre en usage que les purgatifs et les excitants diffusibles, parce que la malade se refusa obstinément à l'application des vésicatoires. Le médecin évita d'avoir recours aux évacuations sanguines dans ces différents cas, parce que la plupart des malades étaient âgés, et chez la seule où il en fit usage, il n'en obtint aucun bénéfice.

Ces observations, ajoute l'auteur, éclairent un point du traitement de l'érysipèle, relativement à l'effet avantageux des vésicatoires pour diminuer l'action érysipélateuse et lui substituer une forme plus douce et plus innocente d'inflammation. Dans plusieurs de ces cas la maladie a cédé rapidement après l'application de ce remède, et s'est terminée d'une manière fatale dans celui où l'on n'en a pas pu faire usage. L'application du vésicatoire enraye les

progrès de l'inflammation de la même manière que les cautérisations avec le nitrate d'argent, mais avec cet avantage, qu'il produit un écoulement de sérosité. Je ferai remarquer qu'ici comme dans d'autres formes de la maladie ce remède ne peut remplacer les émissions sanguines lorsque la force, la jeunesse du malade, la pléthore ou d'autres circonstances les rendent nécessaires; il ne doit donc être mis en usage que dans certaines limites.

On va voir dans l'observation suivante, rapportée par le docteur William Smith, une forme plus grave de l'érysipèle, la forme phlegmoneuse, traitée par l'acétate de plomb et l'opium. R. B., âgé de 4 ans et demie, a eu la scarlatine; tous les enfants de sa famille portent des signes de l'affection scrofuleuse. Le 9 janvier on a commencé à voir se développer chez lui un érysipèle de la face et du cuir chevelu. Trois jours après lorsque le médecin le vit, tout le côté droit de la face était très-tuméfié, la rougeur érysipélateuse s'étendait à une portion du crâne, du front, au côté droit du nez, à la paupière; on remarquait sur cette surface de petites et nombreuses vésicules remplies d'un fluide limpide. Il y avait beaucoup d'agitation, d'altération, le pouls était à 158 par minute, la langue sèche et recouverte d'un enduit épais; la peau était aride et brûlante. On prescrivit : ℞ hydrargyri cum cretâ gr. ijj. pulvis rhei gr. v) M. F. tales vj. Un à prendre toutes les deux heures. Puis ℞ acet. plumbi ʒi. pulv. opii g. x. mêlez pour lotion, faire dissoudre dans ℥ xij d'eau chaude et tremper dans la solution des linges que l'on appliquera sur la surface enflammée en les tenant constamment humides.

(L'auteur observe que la quantité d'opium que l'on fait entrer dans la solution doit, pour les adultes, être portée jusqu'à la moitié de celle de l'acétate de plomb et même davantage: mais comme une décomposition a lieu, un acétate de morphine se formant et restant dans la solution tandis que le méconate de plomb est précipité, il vaut mieux avoir un excès d'acétate de plomb sur l'opium employé. Il faut passer la solution à travers un linge fin avant de s'en servir.)

Les jours suivants l'état du petit malade resta le même, sauf les évacuations alvines que l'on ne parvint à obtenir qu'en donnant un purgatif plus fort dans lequel entrait du séné, du sulfate de magnésie et du tartrate antimonié de potasse. Mais bientôt l'inflammation s'étendit en bas jusqu'à la suture sambdoïde du côté droit; les petites vésicules acquirent la forme de larges phlyctènes remplies d'une sérosité visqueuse, et la paupière droite sur laquelle il en existait une très-étendue, prit une teinte gangréneuse. On ouvrit les phlyctènes à l'aide de la lancette, et les fomentations indiquées plus haut furent remplacées par des cataplasmes de pain et d'eau contenant une drachme d'acétate de plomb et dix grains d'opium. L'usage de ce cataplasme et de purgatifs variés et énergiques fut continué pendant plusieurs jours encore sans qu'une amélioration se fît sentir; le pouls était très-fréquent de 136 à 140, il y avait du délire la nuit, la soif était vive, les extrémités froides, la paupière gauche était très-gonflée. Cependant le septième jour à partir du développement de l'érysipèle la peau devint plus moite, le délire moins persistant, il y eut du sommeil, le pouls baissa à 132. Mais le huitième jour, on vit se développer sur diverses parties du corps des boutons de varicelle vésiculaire. Pouls plus fréquent, intermittent, prostration, pas de selle. On prescrit de nouveaux purgatifs, quelques toniques, et on renouvelle les fomentations faites en premier lieu. Le neuvième jour soubresauts des tendons, peau plus fraîche. En enlevant les linges des fomentations on trouve la base de toutes les phlyctènes ulcérée superficiellement et saignante au moindre attouchement; cela avait lieu principalement sur tout le côté droit de la tête. Le dixième jour les boutons de varicelle sont presque entièrement flétris; les cataplasmes d'acétate de plomb et d'opium que l'on avait repris sont remplacés par la pommade de zinc appliquée sur la surface enflammée, qui est très-irritée. Les jours suivants une amélioration sensible a lieu, la paupière gauche s'entr'ouvre, le pouls devient moins fréquent, la langue plus nette, l'appétit se réveille, mais bientôt, c'est-à-dire le seizième jour, un nouvel érysipèle commence à se développer sur la joue droite; elle se gonfle, devient très-rouge, les glandes parotides et sous-maxillaires s'engorgent. On a recours de nouveau aux cataplasmes (contenant un demi-gros d'acétate de plomb et huit grains d'opium), renouvelés deux fois par jour et aux poudres et mixtures purgatives; l'on suivit enfin la même marche que précédemment jusqu'au vingt et unième jour, où les symptômes inflammatoires commencèrent à céder.

Laissons actuellement parler le docteur William Smith. « Je répète que je ne connais pas d'application locale comparable à l'acétate de plomb et à l'opium pour arrêter l'action inflammatoire et la tendance à la gangrène dans cette formidable affection. La base livide des phlyctènes lorsqu'on se sert de poudres absorbantes, etc., devient souvent le siége d'une ulcération gangréneuse qui fréquemment aussi s'étend jusqu'au tissu cellulaire et y forme des dépôts de matière purulente et de portions mortifiées. J'avoue que chez mon malade j'ai craint ce résultat; mais aujourd'hui la paupière de l'œil droit s'ouvre et montre que l'élévateur de la paupière et l'orbiculaire ont été préservés de supuration, de mortification et d'une difformité inévitable.

« *P. S.* Je puis ajouter qu'un cataplasme fait avec la mie de pain, et contenant une drachme d'acétate de plomb et deux scrupules d'opium offre aussi une grande efficacité lorsque l'on veut obtenir la résolution du gonflement qui accompagne le phymosis et le paraphymosis, conséquence du chancre et de la gonorhée, et que l'on sait se terminer souvent par gangrène, malgré l'application d'autres moyens. »

L'auteur a enfin obtenu de très-bons effets des cataplasmes qu'il indique dans un cas de prolapsus du rectum avec symptômes d'étranglement et apparence de gangrène. cas dans lequel leur application facilite singulièrement la réduction, qui auparavant était impossible.

MÉMOIRE

SUR L'ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES,

par le docteur Pascal LANDI, de Cinigiano.

La majeure partie de ce travail ne contient que ce que l'on connaît des recherches et des écrits de Hendy, Alard, Bouillaud, Biett, etc. Aussi ne nous y arrêtons-nous pas, mais relativement aux altérations qui peuvent être causes de la maladie, voici une opinion de l'auteur qui mérite d'être consignée ici: laissons le parler.

« D'après de semblables observations (c'est-à-dire de ces cas d'oblitération ou de rétrécissement de vaisseaux sanguins accompagnant l'éléphantiasis rapportés par Hendy, Alard, Bouillaud,) personne ne pourra certes nier que les altérations trouvées dans le système veineux ne soient beaucoup plus appréciables et plus nombreuses que celles que Hendy et Alard ont supposé exister dans le système lymphatique. C'est par le secours de l'anatomie pathologique que nous admettons les altérations de ce système dépendant d'inflammations antérieures plus ou moins graves. Gaide, en effet, tout en objectant à Alard que les observations anatomiques sur lesquelles il se fondait, étaient trop peu nombreuses pour faire regarder l'éléphantiasis des Arabes comme un résultat constant de l'inflammation des vaisseaux blancs, admettait que les veines concouraient aussi, au moins dans quelques cas, à produire la maladie de la même manière que ces deux ordres de vaisseaux ont des fonctions congénères. Mais il généralisait trop cette maxime, car s'il est prouvé que l'un aussi bien que l'autre sert à l'absorption, il n'est pas moins prouvé que les vaisseaux lymphatiques absorbent seulement la partie chyleuse ou celle qui doit servir à la nutrition du corps, partie qui se trouve difficilement altérée au point de devenir une cause de stimulus une fois qu'elle circule dans ses vaisseaux; tandis que c'est par les plus petites divisions veineuses que se trouve absorbée la plus grande et la plus grossière partie de la sécrétion artérielle, de telle sorte que remise en circulation elle retourne ensuite dans les artères, mieux élaborée ou bien disposée de nouveau par leurs plus petites radicules, ou bien elle est expulsée au dehors de notre organisme par les évacuations communes.

« Mais ces principes altérés par une cause encore inconnue ne manquent pas de porter une certaine irritation sur la tunique interne des veines, avec laquelle ils se trouvent en contact, irritation favorisée par la stase sanguine qui a lieu ordinairement dans le système veineux des membres abdominaux, et qui y engendrant la phlogose plus facilement qu'ailleurs, a pour résultat les altérations notées par Bouillaud, Fabre, Rayer et Delpech. Que si aux difficultés hydrauliques qu'éprouve le sang à remonter contre son propre poids, se joignent des causes propres à affaiblir les parois veineuses de telle façon qu'elles deviennent insensibles au stimulus de l'onde sanguine, on aura une raison de plus pour expliquer comment les membres inférieurs sont beaucoup plus sujets aux varices, aux infiltrations séreuses, à l'éléphantiasis. Il s'ensuit que c'est en vertu de l'inflammation des vaisseaux veineux que la sécrétion artérielle se trouve arrêtée dans son cours et subit de nouvelles altérations; que les veines précisément à raison du poste important qu'elles jouent dans la fonction de l'absorption ne peuvent porter cette sécrétion altérée dans le torrent de la circulation; raison pour laquelle les vaisseaux lymphatiques, contraints alors à en absorber une partie peuvent se trouver intéressés secondairement.

« Nous sommes conduits de la sorte à établir que la lésion du système sanguin veineux est le premier point de départ de l'éléphantiasis, c'est ce que confirment nos inductions anatomiques, physiologiques et pathologiques, sans cependant nier que le système lymphatique ne puisse à son tour être secondairement atteint. »

L'auteur termine son mémoire par les corollaires suivants tirés des observations qu'il a été à même de recueillir.

1° L'inflammation érysipélateuse qui se manifeste à la peau dans les premières périodes de la maladie est une phlogose simplement secondaire, déterminée par l'extravasation séreuse interstitielle qui agit sur la peau et les vaisseaux qui la parcourent d'une manière toute mécanique.

2° Le traitement antiphlogistique n'est pas le plus propre à faire cesser cette phlegmasie, les faits attestant le peu d'avantage qu'on en retire.

3° Les effusions séreuses, soit par inaptitude du système absorbant, soit parce que les rap-

ports des éléments qui les composent changent facilement, et leur font perdre promptement leur état de fluidité, ne se dissipent, ni par la compression, ni par les résolutifs.

4° Les accès répétés de la maladie ont pour conséquence l'accroissement toujours plus grand et progressif du volume de la partie malade, bien qu'elle conserve encore une certaine aptitude à remplir ses fonctions.

5° Les effets de la maladie ne produisent qu'une simple difformité sans que le système nerveux en éprouve une altération quelconque.

(*Gazetta toscana*, avril 1844.)

CLASSIFICATION DES MALADIES DE LA PEAU SELON LES TISSUS.

Dans une communication faite à l'Académie de médecine de Vienne (séance du 22 décembre 1843), le docteur Hébra a démontré combien il est plus utile de considérer les maladies de la peau sous le rapport des tissus qu'elles occupent que sous celui de leur forme, comme c'est l'usage aujourd'hui. Il a tiré ses divisions des caractères anatomo-pathologiques de la peau. Voici sa classification :

1re Classe : *Hypertrophies*. — Accroissement de volume, par exemple, de l'épiderme, des ongles, des poils, du pigment, des corps papillaires, des follicules sébacés, des glandes sudoriques, du tissu cellulaire sous-cutané et du tissu adipeux.

2e Classe : *Atrophies*. — Diminution de volume de ces organes.

3e Classe : *Anomalies de sécrétion*, non-seulement par altération des liquides, mais par maladie propre des organes sécrétoires.

Ainsi : (*a*) Changement qualificatif de l'épiderme;
(*b*) Changement qualificatif de la graisse.
(*c*) Changement qualificatif de la sueur.

4e Classe : *Processus transsudatif*, correspondant à l'inflammation établie.

1° *Séreux*. — Avec effusion dans diverses parties, et couches de la peau présentant la forme de :

(*a*) Vésicule, quand l'effusion a lieu dans les follicules.
(*b*) Bulle, quand elle a lieu au dehors d'eux.
(*c*) Ædème, lors qu'elle existe dans la substance de la peau ou le tissu cellulaire.

2° *Puriforme*. — Qui se montre à l'extérieur sous forme de pustules.

Ainsi : (*a*) Achor, quand l'effusion a lieu dans le follicule sans suppuration.
(*b*) Psydracion, avec suppuration du follicule.
(*c*) Phlysacion, caractérisé par sa course rapide et le sang qui s'y mêle.

3° *Coagulable*. — Ces formes sont représentées par les :

(*a*) Macule, (*b*) Papule, (*c*) Tubercule, (*d*) Phyma, (*e*) Pomphus, — Selon le degré de la maladie et la quantité de la substance exsudée ; selon qu'ils s'observent en dehors du follicule, et paraissent libres ou isolés.

4° *Hémorrhagique*. — Se présente comme les taches.

5e Classe : *Hémorrhagies*. — Tirant leur origine d'une apoplexie, d'une transsudation, d'un engorgement dans les follicules ou autre partie de la peau, et se présentant sous forme de :

(*a*) Pétéchies dans le follicule.
(*b*) Vibices hors du follicule.
(*c*) Ecchymoses hors du follicule.

6e Classe : *Stases, congestions* ayant pour conséquence des injections vasculaires, des rougeurs sans autre produit ; ce sont les macules qui s'offrent dans les divers exanthèmes.

7e Classe : *Nouvelles formations*. — Autrement fungus.

(*a*) Substance celluleuse.
(*b*) Tumeurs adipeuses.
(*c*) Tissus fibreux.
(*d*) Mélanoses.
(*e*) Colesteatome.

8e Classe : *Formations végétales*. — Favus.

9e Classe : *Formations animales*.

(*a*) Scabies, acarus scabiei.
(*b*) Comedo, acarus folliculorum.
(*c*) Dans le tissus cellulaire, cysticerque cellulaire et filaire de médecine.

(*Filiatre Sebezio*, juillet 1844.)

INCUBATION PROLONGÉE DU VIRUS VACCIN.

La *Gazette médicale* citait dernièrement, d'après un journal allemand, le cas d'une jeune enfant qui, vaccinée en juillet 1838, avait eu seulement deux des piqûres qui s'étaient enflammées sans produire des véritables pustules vaccinales ; cette inflammation avait disparu peu de jours après, et n'avait laissé aucune cicatrice, et ce n'est que durant les fortes chaleurs du mois de juillet 1841, que sur les points où avait été pratiquée l'insertion on avait vu se développer des pustules vacci-

nales qui avaient parcouru leurs périodes régulières et laissé des cicatrices bien apparentes et caractéristiques. Si ce fait laisse de justes doutes dans l'esprit, on peut citer avec moins de crainte le suivant, qui du reste trouve des analogues dans la science, et qui est rapporté dans les termes suivants, par un des rédacteurs du journal d'où nous l'extrayons.

« Au printemps de l'année 1840 je fus prié de vacciner un enfant de 4 mois, né d'un père rachitique qui lui-même est mort trois ans après de consomption rachitique et scrofuleuse. L'enfant était agité, altéré, ses digestions se faisaient mal, il n'y avait pourtant chez lui aucune maladie bien caractérisée; l'existence de quelques cas de variole dans le quartier qu'il habitait m'engagea à ne pas différer sa vaccination. Je la pratiquai, mais trois jours après les piqûres étaient guéries sans laisser de traces. L'état de malaise où se trouvait l'enfant se convertit bientôt en une affection grave caractérisée par des symptômes de méningite qui se terminèrent par résolution vers le vingt et unième jour. A cette époque les piqûres vaccinales qui s'étaient effacées commencèrent à rougir et montrèrent bientôt des belles pustules de vaccin qui parcoururent régulièrement leurs périodes et laissèrent après elles des cicatrices très-apparentes. La maladie qui avait suspendu le travail vaccinal était l'avant-coureur d'une dentition précoce.

(*Filiatre Sebezio*, juillet 1844.)

Bien que la question de l'efficacité du virus vaccin ait été rebattue déjà mille fois, et qu'on ait semblé épuiser en sa faveur tous les raisonnements et expériences possibles, tant en France qu'en Angleterre, en Allemagne, etc.; les deux questions de la vaccination et de la régénération du vaccin sont encore loin d'être vidées; c'est pour ce motif que nous nous faisons un devoir de reproduire ce qui parmi les écrits français ou étrangers peut servir à les élucider.

Sous ce rapport les expériences suivantes extraites d'un long mémoire italien doivent offrir quelque intérêt.

Leur auteur, M. Luigi Calosi, chargé des vaccinations publiques à l'hôpital des Innocents à Florence, s'est proposé de répondre au programme de l'Académie médico-chirurgicale de Bologne relativement à l'action temporaire ou constante de la vraie vaccine. Partisan de la vertu absolue et permanente du vaccin, voici l'exposé de quelques expériences qu'il a tentées, 1° avec le cowpox, 2° avec le vaccin inoculé de l'homme à la vache, et reporté ensuite sur l'homme :

Plusieurs enfants furent soumis à l'inoculation du cowpox envoyé d'Angleterre. Chez tous l'éruption marcha avec rapidité, s'accompagnant d'inflammation locale très-vive, de céphalée, d'un mouvement fébrile, violent et même de vomissements.

Deux observations très-détaillées démontrent les effets de l'inoculation avec l'humeur tirée de l'éruption artificielle produite chez les vaches inoculées avec le vaccin pris sur l'homme. Ce virus envoyé des propriétés de l'Albarèse au mois de mai 1841 à l'Institut vaccinal de Florence, servit à vacciner trois enfants, et six autres dans le mois suivant; deux seulement d'entre eux eurent chacun une pustule. En juillet 1842, six individus du même Institut furent vaccinés avec le virus pris sur des vaches des environs de la capitale et inoculées avec le vaccin humain. Sur les 36 insertions pratiquées (trois à chaque bras), une seule se développa chez un enfant de 10 mois, tandis que les cinq autres sujets revaccinés ensuite avec le vaccin pris sur l'homme eurent tous des pustules vaccinales légitimes. L'auteur fait remarquer que tant dans les expériences faites en 1841 que dans celles de 1842, il n'obtint qu'une éruption dont les pustules étaient d'un petit volume, non vivaces, tardives, peu abondantes en liquide, entourées d'un disque pâle, et qui ne déterminèrent qu'un faible ou même aucun mouvement fébrile. Ces résultats sont opposés à ceux qui ont été obtenus avec le même vaccin de l'Albarèse, et dont un médecin a vanté la grande efficacité devant le troisième congrès scientifique de Florence. De même que la majeure partie des plus célèbres inoculateurs, Jenner, Sacco, Troja, etc., M. Calosi regarde cette méthode comme inutile dans son but, contraire au bon sens médical, et propre seulement à entraver les progrès de la vaccine; et si l'on observe que les partisans eux-mêmes conviennent pour la plupart que lorsque ce mode de production réussit, il ne donne que des pustules moins développées que celle du vaccin le moins actif, on doit éloigner plus que jamais les médecins de la pratique de la *retro-vaccination*.

Quant à la *revaccination*, l'auteur y a soumis une grande quantité d'individus déjà régulièrement vaccinés dans leur enfance, et toujours avec insuccès.

Il conclut enfin des statistiques qu'il a dressées qu'on ne doit considérer que comme des fractions insignifiantes les cas très-peu nombreux de variole le plus ordinairement bénigne dont ont été atteints les individus vaccinés et qu'il rapporte spécialement à l'effet non régulier de l'inoculation.

(*Gazetta toscana*, juin 1844.)

Typ. Lacrampe et Comp., rue Damiette, 2.

2e ANNÉE. — 2e VOLUME. — No 3. — OCTOBRE 1844.

ANNALES
DES
MALADIES DE LA PEAU
ET
DE LA SYPHILIS,

PUBLIÉES

Par ALPH. CAZENAVE,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Médecine, etc.

Periculosum est credere et non credere.

DES BUBONS D'EMBLÉE.

(Suite.)

LES CRITIQUES ET LEURS RÉFUTATIONS.

Tel était, à quelques légères modifications près, le travail que j'avais publié sur les bubons d'emblée. Je vais maintenant rapporter *in extenso* toutes les critiques d'apparence sérieuse qu'il a soulevées, en les accompagnant de quelques notes qui en montreront le peu de consistance, en même temps qu'elles compléteront le travail primitif. On pourra remarquer que toutes ces critiques, bien qu'inspirées à une même source, à la doctrine de l'inoculation, renferment cependant un bon nombre de contradictions, ce qui, vu les nécessités dans lesquelles on se trouve quand on adopte ce système, ne saurait étonner personne.

Il n'y a pas de raison pour suivre, dans l'examen de ces critiques, d'autre ordre que celui de la chronologie ; aussi, commencerai-je par la première, qui est en même temps la plus spécieuse, et qui se trouve dans la *Gazette médicale*, n° du 4 mars 1843.

Après quelques généralités sur le diagnostic des bubons, que l'auteur ne juge possible qu'à l'aide de l'inoculation, il arrive en ces termes au point capital de mon Mémoire :

« Le point capital dans la question des bubons d'emblée, comme l'envisage M. de Castelnau, est de prouver qu'ils peuvent être syphilitiques. Or, ce point ne saurait être éclairci que par des faits. Voyons donc ceux que l'auteur rapporte à l'appui de sa manière de voir. »

Suit un extrait de ma première observation, sur laquelle la critique fait les réflexions suivantes :

« Il n'est pas besoin de longs développements pour montrer que cette observation ne peut nullement servir à prouver le point en litige. En effet, d'après les propres paroles de l'auteur, les bubons ne sont devenus douloureux que le 26 mai ; depuis lors, ils ont parcouru toutes les périodes des ulcères chancreux, et, le 7 juillet, leur cicatrisation était complète. Or, *depuis le 20 mai jusqu'au 13 août on n'a pas appliqué le spéculum ni fait d'injections.* C'est M. de Castelnau lui-même qui, avec sa bonne foi ordinaire, prend soin de mettre cette circonstance en relief ; elle est décisive dans la discussion du fait ; car une ulcération chancreuse, a certes bien eu le temps, en 85 jours, de paraître et de guérir sans laisser de traces dans les lieux restés entièrement inexplorés pendant toute cette période. »

Cette objection a de quoi surprendre, partant d'un esprit aussi distingué que celui de l'auteur de cette critique. De quoi s'agit-il donc dans cette observation? car, en vérité, l'auteur semble l'avoir complétement perdue de vue ; il s'agit de savoir si les bubons observés chez la malade pouvaient ou non être attribués à un chancre. Pour que cela fût ainsi, il faudrait, ce me semble, que le chancre eût existé avant le bubon, à moins qu'on ne prétende que le père procède du fils. Or, le 20 mai, il y a deux bubons et il n'y a pas de chancre; par conséquent, en admettant l'hypothèse très-peu admissible du critique, à savoir qu'un chancre peut s'être développé après le 20 mai, nous ne pourrons pas voir dans ce chancre la cause des bubons qui existaient déjà le 20 mai. L'auteur voudrait-il dire, en remarquant que *les bubons ne sont devenus douloureux que le* 26 *mai* (ce qui est d'ailleurs inexact), que le chancre n'avait fait qu'infecter les bubons, simples auparavant, et avait disparu ensuite. Voilà assurément un chancre bien espiègle, qui aurait attendu pour se développer tout au moins vingt-trois à vingt-quatre jours après le coït (cas très-rares pour les bons observateurs et niés même par les inoculateurs, qui, en toute autre circonstance que celle-ci, nient qu'un chancre puisse se développer plus tard que quatre ou cinq jours après la contagion), qui aurait infecté les bubons, et se serait éclipsé sans laisser de traces; tout cela pour induire en erreur les adversaires de l'inoculation. Heureusement les chancres n'ont point tant d'esprit, et le leur prêter, c'est se plonger dans un dédale d'hypothèses dont l'improbabilité va jusqu'à l'impossibilité même.

Voici les commentaires de l'auteur sur la seconde observation :

« Nous ne ferons pas à cette observation le même reproche qu'à la précédente. Ici l'examen local a été *aussi exact* qu'il doit toujours l'être dans les faits de ce genre. Mais nous ne saurions pour cela tomber d'accord avec M. de Castelnau sur la nature de l'ulcération de l'aine. Est-il donc si surprenant de voir dans la plaie qui succède à l'application de la potasse caustique les caractères que l'auteur croit ne pouvoir expliquer qu'en la considérant comme un chancre? Nous pensons, nous, que ces bords rouges, durs, taillés à pic, constituent un état fort ordinaire de ces sortes de plaies, suites de cautérisation. L'inoculation seule eût levé tous les doutes, et il est fâcheux, même pour la doctrine de M. de Castelnau, qu'un préjugé sans justification aucune, l'ait empêché de recourir ici à cette voie précieuse de démonstration. »

Je ferai remarquer que l'examen a été aussi exact dans le premier cas que dans celui-ci, et qu'il a toujours été fait de manière à ne laisser aucune incertitude sur tout ce que l'on peut voir à l'*œil nu*.

Maintenant je ne pense pas que les doutes que l'auteur élève ici sur le diagnostic soient partagés par beaucoup d'esprits impartiaux, lorsqu'ils voudront bien interpréter avec sang-froid les circonstances au milieu desquelles le bubon s'est développé, la marche et les différents autres caractères qu'il a offerts. Je me bornerai donc ici à faire quelques remarques sur l'objection tirée de l'aspect de la plaie, objection qui a été reproduite à satiété par toute espèce d'adversaires et sous toute espèce de formes. Eh bien! sous ce rapport, comme sous bien d'autres, je ne puis partager l'opinion de mon ingénieux critique; je pense, au contraire, que les plaies résultant de la cautérisation par la potasse ont des caractères très-notablement différents des ulcères chancreux, et pour moi, voici quels sont ces caractères, qui sont, du reste, plus faciles à saisir qu'à décrire : la couleur de la plaie n'est pas la même; elle est d'un gris jaunâtre, pâle dans le chancre; elle est d'un blanc jaunâtre, beaucoup plus franc dans les plaies résultant de la cautérisation par la potasse. Dans ces dernières, la couleur appartient entièrement à une sorte de pellicule désorganisée qui revêt la plaie et disparaît avec la chute de cette pellicule. Dans le chancre, la coloration appartient au tissu vivant et sensible; cette coloration cesse, au plus tard, dans quatre ou cinq jours dans les cas de plaie par le caustique ; elle peut persister et persiste ordinairement beaucoup plus longtemps dans le cas de plaie chancreuse. Enfin, lorsque les plaies viennent à s'étendre, ce qui est extrêmement rare pour celles produites par la potasse, elles perdent nécessairement leur aspect jaunâtre, au moins dans les points nouvellement envahis, tandis qu'il en est presque toujours autrement pour les ulcères spécifiques. Or, dans l'observation deuxième, nous avions, non

un aspect blanc jaunâtre, mais un aspect franchement chancreux. Cet aspect a duré dix jours ; la plaie s'est agrandie et le même aspect a persisté sur les parties nouvellement envahies. Que le lecteur veuille bien ajouter à tous ces caractères l'étude attentive des commémoratifs ; qu'il prononce de quel côté est l'erreur de diagnostic.

Quant au préjugé, *sans justification aucune*, je ne saurais, malgré tout mon optimisme, considérer de la sorte la perspective de donner aux malheureux malades qu'on soumet aux inutiles expériments de l'inoculation, soit des chancres qui peuvent durer *quatre-vingt-trois* jours, ou même ne se terminer qu'avec la vie de l'individu, comme j'en ai rapporté un exemple dans ma lecture devant l'Académie de médecine, exemple que je reproduirai ici en temps et lieu.

Enfin, l'auteur fait les remarques suivantes sur la troisième observation :

« La preuve que nous demandions tout à l'heure pour l'observation précédente à l'inoculation a été fournie dans ce cas par la nature à défaut du médecin. Nous n'avons donc aucun doute à élever sur la nature syphilitique du bubon ; mais en conclurons-nous avec l'auteur que c'était là un bubon syphilitique d'emblée ? Nous le ferions avec empressement si l'examen des parties qu'on peut suspecter de maladie avait été fait ici avec le même soin que dans la seconde observation. Dans une question aussi litigieuse, dans une question déjà résolue en sens contraire par des *centaines* de faits contradictoires à ceux-ci, ce n'est pas être exigeant que de demander aux *novateurs* des histoires complètes : c'est seulement se montrer logicien. Or, il nous manque ici un détail important, indispensable, *l'état de l'anus n'a point été indiqué*. Nous aurions voulu attribuer cet oubli à une inadvertance de rédaction, mais le soin que M. de Castelnau met à mentionner l'exploration de l'anus, lorsqu'il l'a faite, et notamment dans la seconde observation, montre assez que l'omission présente a été réellement commise par lui au lit de la malade et non point seulement dans le travail du cabinet. »

Je ferai remarquer à mon critique, d'abord qu'il n'y a des centaines de faits contradictoires aux miens nulle part, et ensuite, que ceux qui semblent tels ne le sont que par une mauvaise interprétation, ainsi que je l'ai prouvé dans tout le courant de mon travail et dans mes recherches sur l'inoculation.

Je ferai encore remarquer ici que ce n'est ni moi, ni ceux qui partagent mon opinion, qui sommes les *novateurs*, attendu que nous soutenons des vérités reconnues par l'immense majorité des auteurs de tous les temps. Je renvoie donc à mon critique le titre qu'il m'octroie, et que je ne déclinerais pas d'ailleurs s'il m'appartenait réellement, car si la vérité était nouvelle, ce n'est pas devant le règne de l'erreur, quelque puissant qu'il pût être, que je baisserais pavillon.

Mon critique prend ici tant de précautions oratoires pour me prouver que l'exploration de l'anus n'a pas été faite, que j'aurais bien mauvaise grâce à ne pas lui accorder ce qu'il demande ; et cependant cela m'est impossible. Je ne m'explique certainement pas la raison qui fait que j'ai mentionné l'état de l'anus dans la deuxième observation ; mais ce que je puis affirmer, c'est que l'examen de cette partie a été faite non-seulement dans les deux autres, mais encore chez toutes les malades qui, dans le courant de l'année, ont passé dans le service où j'étais. Je n'aurai besoin, pour dissiper toute ombre de soupçon sur l'assertion que j'avance, que d'invoquer ici le témoignage de mes chefs de service, MM. Guersant, Nélaton et Chassaignac. Du reste, ce témoignage sera parfaitement inutile pour ceux qui savent comment se fait l'examen des femmes à l'hôpital de Loursine. Le lit sur lequel on les visite est disposé de telle façon que la vulve et l'anus sont placés presque à la hauteur des yeux du chirurgien, et qu'il faudrait absolument une grande mauvaise volonté pour ne pas regarder l'anus, même quand un intérêt tout spécial ne s'attacherait pas à cet examen, comme dans le cas dont il s'agit ici. Si l'examen de la malade avait eu lieu seulement à son lit, je pourrais, jusqu'à un certain point, croire à une omission de ma part : mais ici il a été fait deux fois sur le lit de camp, une fois à la consultation et une fois dans l'hôpital ; il a été fait, de plus, *avec soin*, ainsi que je prends la précaution de l'indiquer. Or, dans ces circonstances, et eu égard à l'affection particulière que présentait la malade, il est impossible, je le répète, que l'anus n'ait pas été scrupuleusement examiné. Je m'en rapporte à ce sujet à tous les médecins

impartiaux, grâce à M. Huguier, maintenant assez nombreux, qui fréquentent l'hôpital de Lourcine, et j'ai la confiance qu'ils n'hésiteront pas à accorder à mon observation toute l'importance qu'elle me paraît avoir dans la question que j'ai cherché à résoudre.

On vient de voir les reproches, à mon avis, peu solides, quoique fort séduisants au premier abord, que l'auteur adresse à mes observations ; on va voir maintenant s'il a été plus heureux dans ceux qu'il fait à la partie dogmatique de mon Mémoire.

« M. de Castelnau, abordant en second lieu un ordre de considérations entièrement théoriques, fait remarquer que si des bubons virulents apparaissent dans des cas où l'on n'a découvert pour toute lésion qu'un chancre de l'urètre ou du col utérin, on est tout à fait autorisé à les ranger dans la classe des bubons d'emblée, puisque les vaisseaux lymphatiques ouverts à la surface de l'urètre et du museau de tanche, ne vont point se rendre aux ganglions de l'aine, mais bien aux ganglions pelviens. — Il faut ici faire une distinction : l'objection est théoriquement valable dans le cas de chancre sur le col utérin.

« Mais, quant à l'urètre, nous rappellerons à M. de Castelnau que si la muqueuse du canal envoie, en effet, ses lymphatiques aux ganglions pelviens, ceux de la peau de la verge vont se rendre aux ganglions inguinaux. C'est là du moins la disposition qu'indique l'anatomiste le plus recommandable de notre époque sous le rapport de l'exactitude des descriptions, M. Cruveilher. (V. *Anat. Descr.*, t. III, p. 371.) La difficulté soulevée par M. de Castelnau tombe donc d'elle-même devant cette explication ; car il est de toute évidence que quand un chancre envahit la muqueuse urétrale, il s'étend toujours assez en profondeur pour pouvoir verser son pus dans la couche sous-cutanée de la région. Tout au moins serait-il impossible de démontrer qu'il n'en est pas ainsi. Or, c'est justement ce que l'antagoniste de M. Ricord devrait faire pour ébranler la doctrine de ce professeur. »

Je ne comprends guère ce que signifie ici le mot théoriquement ; car l'objection est valable ou elle ne l'est pas ; si le fait que j'ai indiqué est vrai, l'objection est *concluante*, et conséquemment valable de toutes les façons.

Ces différentes propositions soulèvent trois questions, dont deux des plus importantes ; la moindre est celle relative aux lymphatiques de l'urètre, sur laquelle nous sommes parfaitement d'accord avec l'auteur ; car je n'ai jamais songé à nier que les lymphatiques de la peau de la verge se rendissent aux ganglions, de l'aine par la raison que je savais parfaitement qu'il en était ainsi et parce qu'en outre cela m'était parfaitement indifférent. Je reviendrai sur cette question à propos de la critique de M. Aubry, qui est faite surtout au point de vue anatomique.

Des deux questions plus graves, l'une se rattache au mode d'absorption du virus ; j'y reviendrai également d'une manière spéciale, lorsque je parlerai de la théorie ou du mode de formation des bubons. La seconde question, que je dois, au contraire, examiner dès à présent, se rattache aux caractères des chancres de l'urètre, sur lesquels mon critique a des idées complétement erronées. Ces prétendus chancres de l'urètre, que j'ai moi-même admis autrefois, n'étant pas parfaitement édifiés sur la signification rigoureuse du mot chancre, ne sont, dans l'immense majorité des cas, au moins, et pour ma part, je n'en ai jamais vu d'autres, et ceux des observations que j'ai empruntées à M. Ricord étaient de cette espèce, ne sont, dis-je, que des ulcérations absolument semblables, quant à l'aspect et au mode de formation, aux ulcérations superficielles de la balanite, ulcérations qui diffèrent considérablement des véritables chancres, en ce qu'elles s'accompagnent presque constamment de blennorrhagie et ont *toujours* une marche très-différente des chancres. Ces ulcérations, que l'on trouve désignées, dans les *Recherches expér. et crit. sur l'inoc.*, tantôt sous le nom défectueux de *chancres superficiels*, tantôt sous le nom, plus défectueux encore, d'ulcérations simples, et que j'ai proposé d'appeler simplement *exulcérations syphilitiques primitives*. Ces ulcérations sont, dans tous les cas, très-superficielles, et n'envahissent jamais toute l'épaisseur de la muqueuse. Dans tous les cas où la plaie peut s'apercevoir à l'extérieur, il est extrêmement facile de s'en convaincre, et je m'étonne que mon critique me reproche de n'avoir pas démontré cela. Il n'y a pas d'autre démonstration à faire que d'engager tout observateur à regarder sans prévention ; la démonstration se fait alors toute seule. Il parait donc impossible que des créations aussi superficielles puissent *verser leur pus*, pour me servir des expressions de mon

honorable antagoniste, sous la couche sous-cutanée. Je ne terminerai pas cependant sans faire remarquer à mon critique que la démonstration précédente, qui, à la vérité, ne me coûte pas cher d'arguments, je la lui donne gratuitement et par pure concession; car il ne faut pas perdre de vue que la manière d'expliquer les bubons, telle qu'il l'entend, est en opposition, non-seulement avec l'opinion quasi unanime des médecins, non-seulement avec les notions les plus saines de physiologie normale et pathologique, mais encore avec les faits les plus précis; que l'autorité, l'analogie, l'observation, tout cela se trouve renversé d'un seul coup par une hypothèse qu'imagine la doctrine de l'inoculation; que, par conséquent, ce ne serait pas à moi, en bonne logique, à démontrer que cette hypothèse est fausse, mais bien à l'inoculation à démontrer qu'elle est vraie. Malheureusement pour elle nous changeons de rôle.

« Nous avons dit que, quant au col utérin, l'objection tirée de l'anatomie reste *théoriquement* entière. En effet, on ne peut suivre des lymphatiques du museau de tanche aux ganglions inguinaux. Si donc des faits existent de bubon suppuré virulent où l'on n'ait noté pour symptôme local qu'un chancre du col, on ne pourra leur trouver que deux explications: ou le principe des bubons virulents d'emblée est vrai, ou bien l'on avait laissé des chancres inaperçus dans quelques autres parties des organes génitaux. Quant à nous, à moins de faits nombreux, si nombreux qu'ils ne permissent plus la moindre suspicion d'erreur ou d'oubli dans l'appréciation des symptômes locaux, nous opterions de préférence pour la seconde supposition. M. de Castelnau ne cite qu'un cas de ce genre, mais c'est un cas emprunté à M. Ricord, où on ne constata qu'un chancre sur le col, et où cependant le pus du bubon fut inoculé avec succès. Eh bien, il nous en coûtera peu d'accuser ici M. Ricord de méprise ou d'omission dans l'examen des parties suspectes, et nous sommes persuadés que ce chirurgien lui-même ne nous désavouera point dans cette interprétation, la seule logique de ce fait, qui d'ailleurs est l'unique de ce genre dans le mémoire de Castelnau. »

« *Attendons donc qu'un nombre plus considérable d'observations semblables vienne montrer quelle est la valeur définitive de cette objection*; en pareille matière, nous venons de le dire, l'expectative est de rigueur. »

Mon critique trouve que son interprétation est la *seule* logique. Cela dépend beaucoup de la manière dont on entend la logique. On a beau torturer le fait, invoquer l'erreur de l'observateur, dire que dans un cas aussi grave (et l'unique aussi dans la nombreuse collection que renferment les *Recherches crit. et expérim.*), M. Ricord, qui ne pouvait en ignorer toute l'importance, a été assez léger pour ne pas l'examiner avec soin, le fait pour moi reste celui-ci. Il y avait ici un seul chancre et un bubon; les lymphatiques du chancre unique n'allaient point se rendre dans le ganglion malade : en face de ce fait la logique des uns serait de dire que le bubon n'a pas été produit par l'absorption du pus du chancre et son transport direct dans le ganglion ; la logique des autres serait qu'*il a dû* exister un autre chancre, lequel a fourni le pus propre à produire le bubon, et a disparu ensuite de la scène pathologique sans laisser de traces. Entre ces deux logiques, que le lecteur impartial choisisse la vraie.

M. Ricord aurait d'ailleurs bien mauvaise grâce à désavouer une interprétation qui purifie son système de toute erreur, moyennant un reproche anodin de légèreté ; quant à moi, qui aime à dire les choses telles qu'elles sont, je ne crois pas que ce reproche soit fondé, et je tiens à en justifier celui auquel il s'adresse. Voici selon moi la manière la plus naturelle d'interpréter les faits. M. Ricord s'était imaginé que les lymphatiques du col de l'utérus allaient aux ganglions de l'aine, le fait est patent ; sur ce point il y a eu péché d'ignorance; mais, cette légère erreur une fois admise, tout le reste a été on ne peut mieux combiné : jusqu'à présent, s'est-on dit, on a cru que les bubons sans chancres préalables à l'extérieur étaient des bubons d'emblée ; trouvons des chancres dans l'urètre, dans le vagin, dans l'utérus, dans le rectum, et anéantissons ainsi cette opinion, qui d'ailleurs tombe de vieillesse ; et aussitôt surgit un chancre du col destiné à faire pâlir l'étoile des adversaires de l'inoculation ; malheureusement on avait compté sans l'anatomie, et il se trouve que ce chancre, loin d'obscurcir ladite étoile, la fait briller d'un nouvel éclat. Il y a donc eu là ignorance, mais inadvertance point; je suis tellement convaincu que M. Ricord est à l'abri de tout reproche de

ce genre que je n'hésite pas à prédire que jamais un semblable fait ne se représentera à son observation, à moins que quelque anatomiste bien inspiré ne fasse cheminer les lympathiques du col vers les ganglions des aines.

Si mon critique attend, pour se rendre, un nombre *plus considérable d'observations semblables*, il peut hardiment se promettre de mourir sans être convaincu, attendu qu'il n'y a que les inoculateurs qui puissent fournir de ces faits, et qu'ils observeront désormais si bien qu'ils n'en rencontreront plus.

Qu'il me soit cependant permis d'insister ici sur ce fait, que mon critique est ébranlé, et qu'il *attend*, pour savoir ce qu'il faut penser des bubons d'emblée.

« Pour dernier argument, M. de Castelnau conteste ce principe admis par M. Ricord, savoir: que le bubon d'emblée ne peut avoir lieu par l'absorption primitive du virus, parce que ce virus altère tout ce qui se trouve sur son passage, excepté la membrane interne des vaisseaux absorbants. M. de Castelnau cite d'abord, et d'après M. Ricord, des cas où un abcès virulent a été observé à distance d'un chancre, sans que le tissu cellulaire intermédiaire aux deux points se fût ulcéré, bien que cependant il eût dû servir d'agent de transmission au virus. — Ici l'auteur nous paraît avoir volontairement introduit une confusion qu'il importe de relever. Les abcès virulents dont il parle existent réellement, mais ils ne résultent point, comme il le croit, de la propagation du pus du chancre à un point plus ou moins éloigné de celui-ci. Ce sont au contraire autant de foyers d'infection isolée et primitive; seulement on conçoit que le pus virulent déposé lors du coït ne pénètre pas à la même profondeur selon qu'il reste à la surface cutanée ou qu'il entre dans les follicules. Son évolution ne peut donc offrir partout ni la même durée, ni les mêmes phases. Produisant le plus souvent un ulcère, il peut fort bien, si le follicule qui lui a servi de réceptacle à son orifice momentanément bouché par l'inflammation concommittante, donner lieu à un abcès qui paraît, par conséquent, à une *certaine distance* du chancre et *un peu plus tard* que lui. Double cause de l'erreur où M. de Castelnau est tombé en attribuant au transport du pus d'un chancre voisin un abcès qui est le fait d'une déposition de virus toute locale et indépendante de celle qui a produit le chancre. »

Je dois avouer que ce n'est pas sans une certaine contrainte que je me suis retenu pour ne pas interrompre par des réflexions cette longue narration d'hypothèses superposées; mais j'ai pensé qu'en faveur de ma longue patience le lecteur voudrait bien m'en accorder un peu pour la réplique qui ne pourra pas être aussi courte que je le voudrais.

Mon honorable critique me permettra d'abord de lui dire que je ne crois en aucune façon que les abcès virulents dont il a été question *résultent au moins dans l'immense majorité des cas de la propagation directe du pus du chancre à un point plus ou moins éloigné*; si j'ai un instant paru admettre cette propagation, c'était pour me placer au point de vue que je croyais être celui des inoculateurs, et pour montrer que même à leur propre point de vue, ils étaient dans l'erreur; car mon but n'est pas seulement de montrer que leur doctrine est fausse dans ses principes, mais encore qu'elle est un tissu de contradictions perpétuelles dans ses détails. Que maintenant, au lieu de ce que j'avais cru, les inoculateurs admettent la propagation directe du pus dans l'abcès à travers la peau, il faut bien que la peau soit *traversée* sans être ulcérée, car l'abcès se forme d'abord dans le tissu cellulaire sous-cutané, car imaginer :

1° *Que le pus tombe dans un follicule*, ce que personne n'a jamais vu, si ce n'est avec la loupe de l'imagination ;

2° *Que le follicule a son orifice momentanément bouché par l'inflammation*, laquelle inflammation n'est pas le plus ordinairement, et dans les cas cités en particulier, moins imaginaire que l'oblitération prétendue du prétendu follicule ;

3° Enfin *que l'abcès est le fait d'une déposition toute locale* ;

C'est inventer à plaisir des hypothèses dont le moindre défaut est d'être encore insuffisantes, attendu que, le follicule eût-il eu l'adresse de saisir le virus et de se refermer immédiatement sur lui pour lui barrer toute issue, comme ce follicule n'occupe pas toute l'épaisseur du derme, il faudrait encore que le virus eût franchi, *sans l'ulcérer*, la portion de peau qui sépare le susdit follicule du tissu cellulaire.

Ainsi que le virus de l'abcès soit venu du chancre, qu'il ait été déposé au fond du prétendu follicule; toujours est-il qu'il a traversé des tissus sans les ulcérer. *Je*

dirai plus tard comment je conçois la formation de ces abcès.

« M. Ricord nie que le virus syphilitique puisse s'introduire par les voies normales d'absorption sans déterminer l'ulcération des premiers tissus qu'il a touchés. M. de Castelnau oppose à cette doctrine les expériences si connues et si nombreuses où l'on a vu des substances tout aussi toxiques que ce virus pénétrer dans l'économie sans trahir leur introduction que par une perturbation générale. Il cite entre autres les expériences de MM. Magendie et Fodéra, qui ont fait traverser à des liquides plus ou moins caustiques les parois d'un vaisseau, celles-ci ne paraissant avoir été nullement altérées. A coup sûr l'absorption du virus est un fait que, contrairement à M. Ricord, l'analogie peut porter à supposer. Mais ce qu'il y a ici d'important à vérifier, ce n'est pas la possibilité de cette absorption, c'est l'influence qu'elle est susceptible d'exercer sur la production de phénomènes morbides ultérieurs. Or, d'après tous les faits connus, d'après ce qui vient d'être dit, *il demeure constant* que cette absorption, *en la supposant*, n'est point capable, à elle seule, de donner lieu à aucun symptôme local ou général, soit bubon soit accidents constitutionnels. Je dis à dessein *en la supposant*, car la doctrine qui l'admet, tout comme celle qui la rejette, n'est encore qu'une *hypothèse*; et pour l'élever à l'état de vérité démontrée, il faudrait d'autres preuves que l'analogie des expériences précitées, où les substances employées, et dont on semble noter avec surprise l'innocuité pour les tissus soumis à leur contact, n'étaient tout simplement que des dissolutions salines, une solution d'extrait de noix vomique et une eau légèrement acidulée. » (V. Magendie, *Précis élém. de physiol.*, t. II, p. 277.)

Je viens de faire remarquer, il n'y a qu'un instant, que mon critique était dans l'expectative sur la question de savoir s'il existe des bubons syphilitiques d'emblée ; maintenant il trouve que le contraire est constant ; c'est, il me semble, compter outre mesure sur le défaut de mémoire du lecteur.

Notre adversaire parle ici de l'absorption comme d'une hypothèse. C'en est une, comme de dire que le mercure est absorbé quand on pratique des frictions, et que peu de temps après on voit la bouche s'affecter ; assurément dans ce cas personne n'a vu les molécules mercurielles entrer dans le système absorbant, et circuler dans les vaisseaux, ce qui n'empêche pas nombre de bons esprits de croire très-fermement que le mercure passe dans le torrent circulatoire, sans s'inquiéter même s'il y a ou non des *bouches ouvertes* à la surface des membranes muqueuses ou cutanées. Si les inoculateurs ne s'étaient permis que des hypothèses de ce genre, leur doctrine aurait moins à redouter des armes de la *vraie* logique et de l'observation.

Je ne sais pourquoi enfin mon critique oublie de mentionner les expériences de M. Orfila, dans lesquelles on a vu de l'acide arsénieux par être absorbé à la surface de la peau des chiens et les tuer, et cela cependant dans des conditions que l'on m'accordera sans doute être un peu moins favorables à l'absorption que celles dans lesquelles le coït place les parties sexuelles. Je répéterai enfin que cette analogie, quelque puissante qu'elle soit, n'est pas, il s'en faut bien, la seule preuve que j'invoque à l'appui de la vérité ; que les faits les plus directs, les plus positifs, la démontrent jusqu'à l'évidence, et que si j'invoque l'analogie, ce n'est que pour faire sentir combien *à priori* il serait peu raisonnable de croire que dans une fonction aussi générale, aussi importante que celle de l'absorption, la nature eût fait une seule infraction à ses lois uniquement pour le bon plaisir et la plus grande satisfaction de la doctrine inoculatrice.

« Enfin, à défaut du virus syphilitique, quelle explication donnerait-on aux bubons d'emblée dans la doctrine de M. Ricord, dit M. de Castelnau? Serait-ce l'excitation du coït? Pour rassurer à cet égard les lecteurs, M. de Castelnau cite l'histoire d'un jeune couple qui, *autant qu'il lui a été possible de s'en assurer*, a répété *sans aucun inconvénient* le coït 72 fois en 5 jours. — Tout rassurant qu'un tel exemple doive en effet d'abord paraître, même au lecteur de la constitution la plus vigoureuse, il serait facile cependant de trouver bon nombre d'individus qui ont été plus cruellement punis pour avoir beaucoup moins péché, et la fatigue que produit dans la région inguinale tout exercice forcé de ce genre montre assez que les conditions d'une excitation passagère, peuvent souvent y revêtir le type d'une *irritation plus durable*. On n'oubliera pas au reste que cette explication de M. Ricord cadre d'autant mieux avec les faits auxquels il l'applique, que, dans la doctrine de ce médecin, les bubons véritablement d'emblée ont toujours une marche peu aiguë, et ne suppurent que par exception. »

Je n'ai pas dit d'abord qu'il n'y eût aucun inconvénient dans de tels excès du coït, et il ne faut voir dans cette supposition gratuite, qu'une occasion facile de plaisanteries qui n'ont aucune application dans l'espèce; je ne m'y arrêterai pas et je demanderai seulement à mon adversaire comment *une excitation passagère pourrait revêtir le type d'une irritation plus durable.* Au lieu de toutes ces assertions très-vagues et non moins hasardées, il eût bien mieux valu rechercher si par hasard les simples irritations, quelque répétées qu'elles soient, avaient réellement de l'influence sur la production des bubons d'emblée. En se livrant à ces recherches, on aurait vu que dans les huit observations de bubons d'emblée consignées dans les *Recherch. crit. et expérim.*, la maladie, *sauf un seul cas*, s'était toujours développée après un seul coït; on se serait rappelé une foule de cas où le coït a été répété plusieurs fois de suite sans entraîner aucune suite grave *quant à* l'état des ganglions; on se serait surtout rappelé de nombreux exemples de masturbateurs qui excitent leur verge de toutes les manières pendant une grande partie du jour ou de la nuit sans jamais déterminer le moindre bubon, et définitivement on aurait mis à la place de toutes ces propositions sans valeur aucune, cette conclusion légitime, que les bubons d'emblée reconnaissent une tout autre cause que les irritations plus ou moins extra-physiologiques que l'on peut déterminer sur les organes génitaux.

Je n'insisterai pas ici sur ce fait, que la marche des bubons ne peut pas changer selon les doctrines, être par exemple chronique dans la doctrine physiologique, aiguë dans celle de l'inoculation; les doctrines n'influencent pas ainsi les faits; mais, pour aller tout de suite au fond de l'objection, il faut reconnaître que les bubons d'emblée (sans que je puisse, NON PLUS QUE PERSONNE, établir la proportion rigoureuse) me paraissent suppurer plus rarement que ceux qui s'accompagnent de chancres, mais aussi *beaucoup plus souvent* que ceux qui s'accompagnent de blennorrhagie; la cause de cette différence n'a pas encore été trouvée d'une manière positive; il est seulement certain, et cela sera plus démontré encore, s'il est possible, quand il sera question des différences que présentent ou que ne présentent pas les différentes espèces de bubons admis par les inoculateurs; il est certain, dis-je, que l'explication fournie par l'inoculation est entièrement fausse. Quant au mot exception il n'est nullement convenable à la place où le met mon critique, attendu que tous les bubons suppurent *par exception*, c'est-à-dire dans la minorité des cas; la différence n'est que du *plus ou moins d'exception;* et il ne faudrait pas croire non plus que la suppuration des bubons d'emblée soit *très-rare*, puisque sept des cas contenus dans les *Recher. crit.* se sont présentés dans l'espace de 8 mois, quoiqu'on ne les ait probablement pas tous observés ou au moins décrits.

J'ai dû défendre dans l'intérêt de la science, gravement attaquée, mes observations et mes opinions contre les fausses interprétations, les subtilités, les sophismes, souvent adroits, dont les avaient entourées mon savant critique; maintenant que la lutte est terminée avec cet auteur anonyme, je dois, avant de m'attaquer à des soutiens moins redoutables de l'inoculation, lui exprimer la considération que m'inspire son incontestable talent, et le regret que j'éprouve de le voir employé à la défense d'une aussi mauvaise cause.

Passons maintenant à l'examen de la thèse de M. Aubry, ancien interne des plus distingués, et un de mes bons amis, qui a cru devoir me consacrer quelques pages d'une critique plus loyale qu'heureuse.

« Une question plus délicate est celle de savoir si un chancre de l'urètre peut déterminer une adénite inguinale. Beaucoup de personnes s'étonneront sans doute que l'on ait élevé des doutes sur ce point, et pourtant un écrivain d'un talent incontestable, mon collègue et ami, M. Castelnau, a publié dans les *Archives de Médecine*, un article sur les bubons d'emblée où se trouve exprimée cette pensée : que *si un bubon syphilitique existe simultanément avec un chancre de l'urètre, ce n'est pas sur ce chancre que le virus aura été absorbé* (*au moins par les lymphatiques*), *mais bien sur un point en rapport direct d'absorption avec les ganglions malades.* M. de Castelnau trouve la première de ces propositions dans l'anatomie, qui montrerait, d'après les injections de Panizza et d'après quelques tentatives faites par lui-même et M. Nélaton, que les lymphatiques

de l'urètre vont se rendre dans les ganglions du bassin et non pas dans ceux de l'aine.

« Je regrette d'avoir à combattre mon collègue dès la première citation, mais je ne saurais admettre sa manière de voir; et je pense qu'on a des raisons suffisantes pour affirmer que la muqueuse de l'urètre est en rapport d'absorption avec les ganglions inguinaux, et que, partant, un chancre siégeant sur cette muqueuse peut être la cause productrice d'un bubon à l'aine.

« Et d'abord, il est un fait connu de tout le monde, qui me semble constituer un argument sans réplique: Dans un bon nombre de blennorrhagies les glandes de l'aine s'engorgent, deviennent douloureuses. N'est-il pas évident qu'il y a là rapport de cause à effet, d'une part l'inflammation catarrhale et de l'autre l'adénite? »

Mon estimable collègue confond ici à tort l'inflammation catarrhale avec la blennorrhagie, choses parfaitement distinctes à mon avis; il ne peut être douteux qu'il y ait rapport de cause à effet entre la *blennorrhagie* et l'engorgement des glandes, comme il ne peut être douteux qu'il y ait rapport de cause à effet entre la peste et les bubons des pestiférés, entre le charbon et les bubons charbonneux; mais les bubons blennorrhagiques pas plus que les bubons charbonneux ne sauraient prouver que les lymphatiques de l'urètre vont aux ganglions de l'aine et encore moins que l'engorgement soit sous la dépendance de l'*inflammation locale*. Ainsi je réponds à mon honorable ami, qu'il n'y a aucun rapport de cause à effet entre l'urétrite, en tant qu'*inflammation catarrhale* et les bubons blennorrhagiques. M. Aubry n'a qu'à passer en revue tous les vrais catarrhes depuis celui de la pituitaire jusqu'à celui de la muqueuse rectale, et il verra que ces catarrhes, quand ils ne sont que simples catarrhes, ne jouissent point de la propriété de produire des bubons.

« Mais si une simple inflammation catarrhale peut être suivie de cette complication, comment refuser de croire qu'une inflammation ulcérative puisse amener le même résultat?

« Mais ce n'est pas tout; aux raisons purement anatomiques de M. de Castelnau, je répondrai par quelques remarques puisées à la même source. Dans les belles figures que Panizza nous a laissées de ses injections, on ne voit point de vaisseaux lymphatiques se rendre aux ganglions pelviens. »

Il y a là une confusion grave au moins au point de vue où se place l'auteur, mais j'attendrai pour faire mes remarques à ce sujet que la question anatomique soit épuisée.

« Toutes les tentatives que j'ai faites ou vu faire pour obtenir ces vaisseaux ont été infructueuses; cependant mon ami, M. E. Cloquet, prosecteur des hôpitaux, a obtenu un résultat très-important dans le sujet de la discussion. En piquant la muqueuse du gland, il a vu le mercure pénétrer dans le réseau sous-épithéliaque, non-seulement du gland, mais encore de la muqueuse urétrale, jusqu'au niveau du bulbe, preuve non douteuse de la continuité de réseau lymphatique de la muqueuse urétrale avec celui de l'extrémité libre du pénis; il résulte de là que, dans l'état actuel de la science, tout ce qu'on sait du système lymphatique de la muqueuse urétrale, c'est qu'il y forme un réseau superficiel en rapport d'absorption avec les ganglions de l'aine, puisqu'il est lié à ceux-ci par l'intermédiaire du réseau du gland........

« Mais j'ai hâte de dire et de prouver qu'il n'existe pas un fait qui démontre la réalité de cette espèce de bubon. (Bubon d'emblée.)

« J'insisterai d'autant plus sur ce point que M. de Castelnau défend avec une grande habileté l'opinion contraire à celle que je soutiens, et qu'il ne rapporte rien moins que sept observations qui, suivant lui, démontrent d'une manière irrécusable l'existence des bubons syphilitiques d'emblée.

« Les trois premières observations ont pour sujet des femmes qui nous présentent des bubons ulcérés, et pour toutes lésions aux parties génitales, des blennorrhagies vaginales dont l'apparition a *précédé* l'engorgement ganglionnaire.

« M. de Castelnau interprète ainsi les faits qu'il cite.

« Les bubons nous offrent les caractères qui appartiennent à ceux de nature syphilitique.

« La blennorrhagie ne saurait en être considérée comme cause, puisque, dit-il, *dans l'opinion des personnes qui n'admettent pas le bubon d'emblée, la blennorrhagie n'est pas syphilitique;* donc nous avons bien là trois cas de bubons d'emblée syphilitiques.

« Je réponds à cela :..... »

Je me contente de donner un résumé de la réponse de mon collègue sans en altérer en aucune façon le sens.

M. Aubry répond d'abord qu'il n'admet pas que les bubons fussent syphilitiques, par la raison qu'on ne l'a pas prouvé *de par* l'inoculation; la citation textuelle serait parfaitement inutile; je dirai seu-

lement qu'il renchérit sur son prédécesseur, en ce sens qu'il n'admet même pas la nature syphilitique du bubon qui s'est inoculé naturellement; il lui faut absolument l'inoculation chirurgicale. Il continue ensuite en ces termes :

« En admettant, même avec M. de Castelnau, que la nature syphilitique des adénites soit bien constatée, serons-nous donc amenés à les considérer comme des bubons d'emblée ? Il me semble impossible d'arriver à cette conclusion sans changer complétement le sens attaché à cette dénomination. Le fait d'une blennorrhagie qui a précédé l'apparition du bubon s'y oppose complétement; il faudrait nécessairement admettre alors, ou qu'un chancre a passé inaperçu, ce qui ne me répugnerait nullement malgré la réprobation dont mon collègue a frappé cet argument, ou que la blennorrhagie peut être syphilitique.

« Enfin je ferai remarquer que M. de Castelnau n'arrive à conclure que les bubons en question sont des bubons d'emblée, *qu'en invoquant une opinion qui n'est pas la sienne, à savoir que la blennorrhagie n'est pas syphilitique*; car si l'on admet qu'elle est de même nature que le chancre, on est obligé de la considérer, dans nos trois cas, comme la cause des bubons. Or, c'est précisément le cas de M. de Castelnau, comme on peut le voir en lisant le travail qu'il a publié sous le titre de *Recherches sur l'inoculation appliquée à l'étude de la syphilis*.

« Il est au moins étrange de le voir, pour étayer un opinion qu'il croit vraie, *l'existence du bubon d'emblée*, en invoquer une autre qu'il a combattue, *la différence de nature entre la blennorrhagie et le chancre.* »

Cela pourrait paraître étrange en effet si cela était vrai ; mais ce qui est étrange véritablement c'est de voir que mon honorable collègue ait consacré un si long espace à l'examen de mon travail pour me prouver qu'il ne s'est pas donné la peine de me comprendre ; la faute en est-elle à lui ou à moi, c'est ce que le lecteur voudra bien décider en se reportant à mon mémoire. En tous cas voici comment j'ai raisonné ou voulu raisonner sur mes observations :

On se rappelle sans doute que dans les bubons d'emblée je me suis surtout préoccupé de la question de savoir si le virus syphilitique pouvait s'introduire dans le système sans ulcération préalable des membranes tégumentaires. J'ai trouvé trois cas de bubons syphilitiques avec blennorrhagie simple, et je me suis dit : voilà évidemment des cas dans lesquels le virus a pénétré dans l'économie sans avoir préalablement ulcéré ni la peau ni les muqueuses ; je n'ai aucunement besoin, pour admettre cette vérité, d'invoquer la virulence ou la non virulence de la blennorrhagie ; cela m'est absolument indifférent ; mais ce qui ne me l'était pas, c'était de montrer qu'au point de vue des inoculateurs ces bubons étaient de véritables bubons d'emblée, attendu que pour eux l'absorption de la matière blennorrhagique ne pouvait donner lieu à des affections virulentes ; il est bien facile de comprendre que je m'étais placé dans cette fausse hypothèse afin que ces inoculateurs, donnant ou prenant eux-mêmes le change, ne vinssent pas arguer sur les mots, et séduire quelques esprits faciles en disant, comme cela n'a pas manqué d'arriver, que ce n'étaient pas là des bubons d'emblée. Il n'y a donc rien de bien étrange dans ma manière de procéder : aucun esprit sérieux, quand il sera convaincu que les bubons syphilitiques peuvent se manifester avec une blennorrhagie sans ulcérations, ne refusera d'admettre qu'ils puissent se manifester également à la suite du simple dépôt du virus sur une surface absorbante, car dans les deux cas les conditions d'absorption sont identiquement les mêmes. Ainsi se dissipe cette grave accusation d'inconséquence sur laquelle mes honorables adversaires semblaient avoir fondé les plus grandes espérances, à en juger par l'opiniâtreté avec laquelle ils l'ont répétée, chacun à leur tour.

Après avoir essayé, sans beaucoup de succès, de faire rentrer mes observations dans les principes de l'inoculation, M. Aubry passe à l'examen de celles que j'ai empruntées aux *Recherch. crit. et expérim. sur l'inoc.*, et répète à peu près ce que m'a objecté mon précédent critique, à l'exception cependant de ce qui concerne la sixième observation, à propos de laquelle l'aveu de ce dernier est remplacé par des idées toutes nouvelles.

« La quatrième » (c'est la troisième qu'il faut lire, c'est-à-dire la sixième du mémoire) « choisie par M. de Castelnau dans l'ouvrage de M. Ricord, a pour sujet une femme ayant un bubon ulcéré et syphilitique, une blennorrhagie, etc........ Il faut avouer que les lymphatiques de l'utérus (et c'est sur ce fait que M. de

Castelnau se fonde) ne se rendent pas aux ganglions inguinaux, mais bien à ceux du bassin; mais cela ne nous paraît pas suffisant (1) pour démontrer que le bubon en question fût bien de ceux que l'on a désigné sous le nom de bubons d'emblée. D'abord il n'est pas impossible que le chancre qu'on a vu sur le col ait été la cause de l'adénite. *J'ai constaté, en effet que le réseau lymphatique du col utérin communique avec le réseau de la partie antérieure du vagin, et cette disposition peut encore être reconnue sur la pièce que j'ai déposée au Musée de la Faculté de Médecine; et comme, d'autre part, ainsi que je crois être le premier à l'avoir vu et montré, les lymphatiques de la partie antérieure du vagin, vont à l'aine, ces lymphatiques peuvent servir à lier les ganglions inguinaux à la muqueuse du col de l'utérus.* »

Avec ce système de possibilité et de communications, je vais démontrer clairement que les chancres de l'oreille, ou de toute autre partie qu'il vous plaira de choisir, peuvent produire des bubons à l'aine : le réseau de l'oreille communique avec celui du cou, celui du cou avec celui du thorax, celui du thorax avec celui de l'abdomen, celui de l'abdomen avec celui des parties génitales, lequel va se rendre dans les ganglions de l'aine; donc un chancre de l'oreille peut être la cause d'un bubon dans l'aine; tout cela est parfaitement possible, à deux petites conditions cependant : la première c'est que, contrairement aux idées généralement reçues, on fera de la circulation de la lymphe une sorte de jeu de hasard, de telle sorte que tantôt elle circulera de droite à gauche, tantôt de gauche à droite, tantôt d'avant en arrière, tantôt d'arrière en avant, et tout cela, sans autre règle que les nécessités de la doctrine de l'inoculation, car si encore c'était un simple hasard on pourrait voir sans doute de temps en temps des chancres des grandes lèvres et du gland déterminer des bubons pelviens, puisque les lymphatiques du gland communiquent avec ceux de l'urètre, et que ceux de la vulve communiquent avec ceux du vagin, qui communiquent avec ceux du col de l'utérus qui vont aux ganglions du bassin; mais non; la nature capricieuse veut bien que la lymphe circule à reculons quand il s'agit de courir au secours de l'inoculation en danger, mais quand il s'agit au contraire de prêter des armes contre cette pauvre doctrine, elle se garde bien de porter la moindre infraction aux lois qu'elle s'est prescrites. En deux mots voici plus sérieusement les termes de la question : les lymphatiques de l'urètre, comme ceux du vagin, comme ceux du col de l'utérus, vont aux ganglions pelviens, cela a été constaté anatomiquement, et le bon sens indique suffisamment qu'il devait en être ainsi en considérant le trajet des vaisseaux sanguins qui abreuvent ces parties, et que les lymphatiques accompagnent toujours; il peut y avoir et il y a certainement entre ces lymphatiques et ceux des parties extérieures des communications, comme il y en a entre tous les vaisseaux de même ordre des parties contiguës; mais il est tout simplement absurde de penser qu'à moins de graves obstacles la circulation puisse se faire en sens contraire de son cours normal, même pour la plus grande satisfaction des inoculateurs.

La seconde condition, c'est que l'absorption du virus ne pourra se faire que par les lympathiques seuls, ce qui est une absurdité patente d'après les recherches de M. Magendie et de plusieurs autres physiologistes, et que la pathogénie du bubon sera par conséquent telle que l'entendent les inoculateurs; ce qui est, non pas une absurdité aussi saillante, mais au moins une grave erreur médicale; c'est ce que je démontrerai un peu plus loin.

« Mais quand cela n'aurait pas lieu, je maintiens que l'observation de mon collègue n'aura pas valeur de preuve tant que l'on n'aura pas la certitude qu'un autre chancre n'a pu passer inaperçu dans un point de la vulve. (1) »

« Sans doute, en admettant le chancre, j'établis une hypothèse, mais je m'en sers pour rendre compte d'un fait conforme à l'observation quotidienne, tandis que M. de Castelnau fait aussi une hypothèse : l'absorption exercée sur le virus par la muqueuse restée saine, et cela pour un fait qui est contraire à la marche ordinaire de la syphilis. »

Je ne me lasserai pas de répéter aux inoculateurs que je ne fais pas plus une hy-

(1) Il y a bien longtemps que je demande quel est le fait qui serait suffisant, et je ne vois que trop qu'avec la logique des inoculateurs il ne saurait y en voir.

(1) Mon collègue devrait bien savoir cependant qu'avec le système adopté par les inoculateurs, il est impossible d'arriver à une semblable certitude, et que l'exiger c'est tout simplement renvoyer ses adversaires et ses lecteurs aux calendes grecques.

pothèse en attribuant un bubon d'emblée au virus vénérien, quand ce bubon se développe à la suite de l'application de ce virus sans l'intervention d'aucune autre cause, que je n'en fais en attribuant à une friction mercurielle la stomatite qui en est le résultat. — Quant à la seconde partie de la proposition, comme, je sais parfaitement que les bubons d'emblée sont une exception, sous le rapport de leur fréquence, je ne pourrais, sans manquer à la vraie logique, invoquer la règle pour corroborer l'exception. Cette proposition trahit une grande différence entre la philosophie scientifique de M. Aubry et la mienne : La philosophie de mon collègue est de faire subir le joug de la règle générale à tous les faits particuliers, blancs ou noirs ; la mienne est de reconnaître d'abord tous les faits particuliers, quand ils sont positivement constatés, et de les expliquer ensuite sans les torturer, si possibilité il y a. Avec la première de ces philosophies on peut construire des systèmes agréables de simplicité, satisfaisants pour l'imagination et l'esprit des lecteurs ou des auditeurs paresseux ; mais avec la seconde seule on fait de la science, et l'on respecte la vérité.

A la suite de la critique de M. Aubry apparaît, dans l'ordre chronologique, celle de mon aimable collègue M. le docteur Mac-Carthy. Celle-ci me concerne peu personnellement ; elle s'attaque spécialement, en ce qui touche les bubons, aux observations de M. Baumès. Sans vouloir justifier ici ce dernier observateur, tâche qu'il est très-bien en état de remplir luimême, je dirai cependant en quoi ses observations m'ont paru favorables à mon opinion, et je relèverai, chemin faisant, quelques propositions plus que hasardées qui ont échappé à la plume souvent spirituelle, mais un peu trop legère, de mon honorable ami.

Je lis à la page 19 de cette thèse ces mots qui s'appliquent au bubon virulent :

Le bubon suppure constamment.

« La conséquence de cette proposition importante, est facile à tirer : si le bubon virulent supure constamment, le bubon qui ne suppure pas, n'est jamais virulent. Voilà assurément une connaissance d'une haute importance pratique.... si elle était exacte pourtant ; malheureusement l'auteur a oublié d'en démontrer la réalité. Bien que ceci ne rentre pas complétement dans mon sujet, j'ai cru devoir le rapporter pour fournir un nouvel exemple du *sans façon* avec lequel les inoculateurs avancent, à tout hasard, les assertions les plus graves, sans se préoccuper si elles sont vraies ou fausses, tant ils ont confiance dans l'aveugle crédulité du public.

Un peu plus loin, l'auteur, parlant du bubon, s'exprime ainsi :

« De toutes les causes qui peuvent lui donner naissance, les plus fréquentes, *sans contredit*, sont les excitations (1) des organes génitaux, ou les irritations du membre inférieur chez des sujets à prédominance lymphatique. Chez eux, les ganglions inguinaux s'engorgent avec une merveilleuse facilité, et l'on voit, sous l'apparence des causes en apparence lés plus légères, se développer des tumeurs inguinales, qui, bien que chroniques dans leur marche, peuvent cependant acquérir, dans un temps assez court, un volume considérable. Comme des rapports sexuels ont précédé, à un intervalle plus ou moins long, l'apparition de ces tumeurs, *de même qu'ils auraient pu précéder le développement de toute autre maladie*, on en prend acte pour leur appliquer le fameux *post hoc, ergò propter hoc*, formule dont on a du reste singulièrement abusé dans l'étiologie des maladies. »

On sait bien que les scrofuleux sont très-sujets aux engorgements ganglionnaires, mais personne n'a encore démontré que les individus *lymphatiques* fussent plus que les autres exposés aux bubons *qui se développent à la suite d'excitations des parties génitales*, c'est-à-dire aux bubons syphilitiques, car c'est tout un dans l'immense majorité des cas. C'est sans doute une opinion qui peut paraître probable *à priori ;* mais enfin, elle est encore à démontrer, et l'affirmation de mon collègue, quoique d'accord peut-être avec la croyance générale, ne contribue en rien à la démonstration.

Je partage, d'un autre côté, son avis sur le rôle très-souvent abusif que l'on a fait jouer au *post hoc, ergo propter hoc ;* mais,

(1) C'est ce qui explique pourquoi certains masturbateurs qui excitent leurs parties génitales une grande partie du jour ou de la nuit ne contractent jamais cette maladie, tandis qu'elle se développe au contraire presque toujours après un seul coït, quand celui-ci s'exerce avec une personne infectée.

quels que soient les doutes légitimes que l'on puisse avoir à ce sujet, et les miens sont pour le moins égaux à ceux de M. Mac-Carthy, ce serait, selon moi, un énorme aveuglement que de ne pas voir la relation qui existe entre le coït infectant et le développement des bubons d'emblée. A chaque instant on est appelé à voir des malades qui ont resté plusieurs semaines, plusieurs mois même, sans pratiquer le coït, et qui, deux, trois ou quatre jours après l'avoir exercé avec des femmes d'une santé plus que douteuse, voient se développer la maladie en question. Dire que, dans ces cas, qui sont, à beaucoup près, les plus nombreux, le coït a précédé le bubon, comme il aurait pu précéder *toute autre maladie*, c'est, je le répète, commettre une de ces erreurs tellement graves, qu'on éprouve quelque embarras à les qualifier.

« Cependant, la physionomie de ces tumeurs lymphatiques est tellement tranchée, que SOUVENT UN COUP D'OEIL SUFFIT POUR LES FAIRE RECONNAITRE. Le bubon est volumineux, il occupe le pli inguinal tout entier; un grand nombre de ganglions lymphatiques sont simultanément affectés, la base de la tumeur est immobile, et semble se perdre dans la fosse iliaque, ou plutôt s'y continuer avec une maladie semblable des ganglions pelviens. Que si la tumeur vient à s'ouvrir, c'est à la manière des tumeurs scrofuleuses, dans plusieurs foyers distincts qu'il faut aller chercher le pus; *l'orifice des piqûres ne s'agrandit pas*, mais se forme, se renverse en cul de poule, et prend un aspect *sui generis*, AUSSI ÉLOIGNÉ DE L'ULCÈRE QUI SUIT LE BUBON VIRULENT, qu'il se rapproche de la physionomie difforme des cicatrices et des plaies que l'on remarque sur les ganglions tuberculeux ramollis. »

On trouve dans ce diagnostic différentiel, si facile, selon M. Marc-Carthy, une nouvelle preuve de l'inconséquence qui gouverne les inoculateurs, et j'insiste d'autant plus sur ce point que chaque partisan en particulier est le représentant fidèle de la doctrine, et que, s'ils se trouvent en contradiction entre eux, c'est moins leur faute que celle de la doctrine elle-même. Ainsi, M. Mac-Carthy, qui trouve que SOUVENT UN COUP D'OEIL suffit pour distinguer le bubon virulent du bubon simple, dit ailleurs en parlant de ce dernier « *Son pus* « *n'est jamais inoculable, c'est là son caractère pathognomonique; car avant l'ouver-* « *ture d'un pareil bubon,* IL EST IMPOSSIBLE « *de se prononcer d'une manière absolue sur* « *sa nature.* » (Thèse inaug. p. 18. Paris, 1844.)

M. Aubry dit également: « *Le bubon sy-* « *philitique n'a qu'un caractère distinctif;* « *c'est de sécréter un pus susceptible de pro-* « *duire un chancre par l'inoculation; tant* « *que ce caractère manquera, on ne pourra* « *affirmer que le bubon est syphilitique* » (Thèse, page 11. Paris, 1844); et M. Mac-Carthy, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, « *que le bubon virulent suppure con-* « *stamment* ». Par conséquent, celui qui ne suppure pas n'est pas virulent; par conséquent, il peut être distingué de l'autre, même sans inoculation.

Au reste, après avoir trop peu accordé aux moyens de diagnostic rodinaires, M. Mac-Carthy leur accorde trop dans le passage ci-dessus, car sa description s'applique uniquement aux engorgements scrofuleux, et non aux engorgements qui surviennent à la suite d'une plaie des membres inférieurs, par exemple, lesquels ne présentent nullement les caractères qu'il indique, c'est-à-dire la multiplicité des ganglions affectés, l'immobilité de la base de la tumeur (ce qui a lieu dans tous les bubons quand ils sont très-volumineux), le froncement et le renversement de l'ouverture (d'autant qu'ils ne suppurent presque jamais). Il y a, au contraire, un bon caractère distinctif dans cette particularité signalée par M. Mac-Carthy, que l'ouverture des bubons simples, quand, par très-grande exception, ils suppurent, ne s'agrandit pas, tandis que le contraire arrive fréquemment, mais non toujours pour les bubons syphilitiques. Pour justifier son opinion sur la nature des bubons d'emblée, M. Mac-Carthy ajoute en note l'appendice suivant aux raisons peu concluantes sur lesquelles il s'est, jusqu'à présent, appuyé.

« A l'appui de ce qui précède sur le bubon idiopatique et le bubon virulent, réputé d'emblée, il me serait facile d'analyser les quelques observations sérieuses qu'on a proposées pour faire admettre l'existence de cette dernière maladie.

« Les unes, au nombre de sept, contenues dans un mémoire de M. de Castelnau, ont été trop complétement réfutées (1) dans la *Gazette*

(1) On a pu juger à quoi se réduisait cette réfu-

médicale du 4 mars 1843, et dans l'excellente thèse de notre collègue M. Aubry, pour que je doive y revenir.

« Huit observations de bubon d'emblée, sont contenues dans l'ouvrage de M. Baumès (*Précis théor. et prat. sur les mal. vénér.*, t. I, p. 30 et suiv.; Lyon 1840). On va juger de leur valeur.

« Dans les cinq premières observations, les glandes inguinales s'engorgent après un coït, leur seul antécédent vénérien. Aucune ulcération, aucune blennorrhagie, n'accompagnent leur développement. Dans les deux premiers cas, les bubons n'ont pas suppuré. Dans les trois autres, la suppuration a eu lieu; mais l'inoculation n'a été pratiquée qu'une fois, et sans résultat. Les bubons sont dits *volumineux*, *superficiels*, et en même temps *immobiles*; singulière description dont les termes me semblent contradictoires. Dans tous, *un grand nombre de ganglions sont engorgés.* »

Mon intention, je le répète, n'est pas de justifier ici M. Baumès; mais je ne puis m'empêcher de signaler à mes lecteurs le peu de fondement des reproches que lui adresse M. Mac-Carthy. Ainsi, il est évident que ce qui semble contradictoire à mon honorable et honoré collègue, peut être, au contraire, parfaitement conséquent. Pour qu'un bubon soit superficiel, il suffit, je pense, qu'il soit rapproché de la peau; pour qu'il soit immobile, il faut qu'il soit environné d'une diminution de l'extensibilité du tissu cellulaire environnant, c'est-à-dire qu'il soit volumineux. La plupart des bubons de M. Baumès pouvaient donc être *superficiels*, *volumineux* et *immobiles*, sans qu'il y eût la moindre contradiction ni dans les choses, ni dans les mots. On ne voit même guère comment il aurait pu en être autrement.

Quant à ce qui est dit du grand nombre de ganglions engorgés, pour que ce reproche eût quelque apparence de valeur, il faudrait, au moins, que M. Mac-Carthy l'eût exposé avec quelques détails. Dans les engorgements multipliés, il y a une importante distinction à faire, et cette distinction, M. Mac-Carthy semble l'avoir ici perdue complétement de vue. Tantôt ces engorgements multiples ont lieu, à peu de chose près, au même degré dans plusieurs ganglions, lesquels sont habituellement séparés par un tissu cellulaire presque sain, et forment plusieurs tumeurs bien distinctes qui peuvent suppurer isolément; ces engorgements occupent souvent les deux aines, coïncident avec des antécédents scrofuleux : ce sont des bubons scrofuleux. — Tantôt, autour d'un ganglion fortement affecté, formant une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, ou au-dessus, se trouvent plusieurs ganglions légèrement augmentés de volume, mais ne faisant pas saillie audessus de la peau, et n'altérant en rien la forme de la tumeur principale; ces engorgements sont le résultat fréquent de l'affection syphilitique, et ce sont eux qui sont décrits, quoique d'une manière incomplète, dans les observations de M. Baumès. Si je ne craignais d'allonger outre mesure cet examen déjà fort étendu, quelques citations fourniraient une preuve irréfragable de ce que j'avance ici.

« Ainsi le siége de la tumeur de l'aine, et un coït antécédent, voilà les *seuls caractères* en vertu desquels M. Baumès croit devoir diagnostiquer la syphilis, et faire subir à ses malades des traitements mercuriels prolongés. »

Pour être dans le vrai, il faut ajouter à ces signes l'absence de toute autre cause connue de bubons, et l'absence d'antécédents qui pussent faire croire au développement spontané de tumeurs ganglionnaires; or, je ne vois pas ce qu'il y a de si irrationnel à fonder un diagnostic : 1° sur l'existence d'une cause très-fréquente de la maladie que l'on observe; 2° sur l'absence de toute autre cause connue et de toute prédisposition à cette même maladie ou à des maladies analogues; 3° sur les caractères extérieurs de l'état anatomique propre à l'affection dont il s'agit. Il serait à désirer, ce me semble, que les diagnostics en général ne fussent jamais plus aventurés que celui-là.

« Il nous semble que tous les caractères de ces cinq tumeurs se rapportent complétement au tableau succint que nous venons de tracer des symptômes du bubon strumeux.

« M. Baumès pense-t-il donc que les lymphatiques inguinaux ne sont susceptibles de devenir malades que sous l'influence de la syphilis? »

Il me semble, au contraire, que rien

tation si complète, et l'on comprend difficilement après l'avoir lue ce que M. Mac-Carthy appellerait une réfutation incomplète.

n'est moins complétement semblable que le groupe des symptômes décrits dans les observations de M. Baumès, et de ceux signalés dans ce tableau, lequel est d'ailleurs lui-même assez incomplet pour qu'on ne puisse pas le considérer comme un type régulateur d'après lequel tous les cas doivent être jugés.

Ainsi, dans le tableau, il est dit que la tumeur s'ouvre *par plusieurs foyers distincts;* dans les observations, rien de semblable. — Dans le tableau, les orifices des foyers *se renversent en cul de poule ;* dans les observations de M. Baumès rien de semblable. — Dans le tableau, l'ulcère prend un aspect *sui generis, aussi différent de celui de l'ulcère qui suit le bubon virulent, qu'il se rapproche de la physionomie difforme des cicatrices et des plaies que l'on remarque sur les ganglions tuberculeux ramollis;* dans les observations, il ne paraît pas qu'il en fût ainsi, puisque M. Baumès a jugé, au contraire, que cet aspect, loin d'être *si différent*, était, au contraire, semblable à celui des ulcères chancreux. Or, quelque peu de cas que l'auteur veuille faire du talent d'observation de M. Baumès, il ne me semble pas que l'on puisse le croire incapable de saisir des différences aussi tranchées que celles que signale M. Mac-Carthy.

« Dans les trois derniers cas, l'inoculation a produit la pustule caractéristique. Aussi les bubons ont-ils un aspect tout différent de celuides cinq cas que nous venons d'analyser. Ici ce n'est plus à un œuf de pigeon que M. Baumès compare le volume des tumeurs, c'est à une noisette. Dans le premier de ces trois cas, deux jeunes ouvriers se présentent à M. Baumès, l'un porteur de deux bubons, l'autre de deux chancres à la verge. Ils affirment avoir eu des rapports avec la même femme. Les deux bubons suppurent et fournissent à l'inoculation la pustule spéciale. Ce malade n'avait pas de chancre à la verge, j'en conviendrai sans peine; mais pourquoi l'anus n'a-t-il pas été examiné? Pour ma part, ces deux malades me sont singulièrement suspects, et je suis porté à ne voir, dans leur inquiétude simultanée, qu'une forte présomption en faveur d'une infection par des voies honteuses. Sans doute l'anus n'ayant pas été examiné, par un oubli inconcevable, on ne peut l'affirmer, mais on n'a pas non plus le droit de le nier, et, partant, ce fait de bubon virulent, réputé d'emblée, est nul, puisque j'ai démontré la possibilité, je pourrais dire la probabilité d'un chancre anal. »

M. Mac-Carthy n'a pas été plus heureux dans ses commentaires sur les trois dernières observations que dans ceux dont il a fait suivre les cinq premières; car je trouve précisément dans la première des trois susdites la phrase suivante : «... Petite tumeur au pli de l'aine droite, qui augmente rapidement de volume, et, à l'entrée du malade, forme *un bubon superficiel de la grosseur d'un œuf de pigeon*, enflammé, non mobile, etc. » Comment M. Mac-Carthy a-t-il lu cette observation pour affirmer que la tumeur n'était plus comparée à un œuf de pigeon? Le voici : au commencement de cette observation se trouve un premier examen du malade, examen qui fait constater une tumeur de la grosseur d'*une noisette;* c'est ce premier examen que M. Mac-Carthy a lu, et il s'en est tenu là, sans songer qu'une tumeur, qui aujourd'hui ressemble à une noisette, peut très-bien, dans huit jours, ressembler à un œuf de pigeon. Au reste, je ne sais pas trop si mon honorable collègue espère de grands avantages d'un diagnostic qui serait fondé sur ce que le bubon virulent ressemblerait à *une noisette*, tandis que l'engorgement simple serait comparable à un œuf de pigeon. Quoi qu'il en soit, ce petit commentaire met en évidence le laisser-aller avec lequel les inoculateurs lisent et jugent les faits de leurs adversaires, et, pour peu qu'ils observent comme ils lisent et comme ils jugent, on s'explique à merveille l'assemblage d'hypothèses, d'affirmations, de déductions hasardées, qui constituent tout leur système.

Quant aux deux dernières des trois observations, M. Mac-Carthy comprendra, sans doute, qu'on ne les ait pas comparées à des œufs de pigeon, puisqu'elles étaient déjà ulcérées quand on les a décrites ; on n'aurait pu les comparer tout au plus qu'à des œufs cassés,

Signalons enfin, sans la commenter, ce qui serait une redite inutile, la facilité commode avec laquelle on suppose ici la probabilité du chancre anal !...

« La septième observation se rapporte à un malade que M. Baumès n'a vu qu'un mois au moins après l'infection primitive, temps plus que suffisant pour rendre compte de la cicatrisation d'un chancre. »

C'est toujours le même cercle : il est reconnu qu'avec cette mine inépuisable d'hypothèses toute démonstration est à

jamais rendue impossible. Heureusement que tous les gens sensés sauront faire justice de ces sophistications de la saine logique.

« Enfin, dans la huitième, le malade avait en même temps que deux bubons virulents, une blennorrhée. On a inoculé les bubons, on s'est bien gardé d'inoculer la sécrétion urétrale. M. Baumès s'est assuré, dit-il, qu'il n'y avait pas de chancre, par *l'introduction d'une sonde dans le canal*, moyen nouveau, assurément, mais dont il est à regretter que M. Baumès n'ait pas songé à expliquer la valeur. Ainsi dans ces deux derniers cas, il a pu exister un chancre. Que devient donc cet échafaudage de bubons virulents d'emblée, si laborieusement construits? De huit observations, il ne reste absolument rien. »

Encore les mêmes hypothèses : 1° le chancre de l'urètre ; 2° les lymphatiques de ce canal. Ce prétendu chancre aurait existé pendant quatre mois à l'état latent, et aurait attendu pour produire un bubon que le malade s'exposât à une infection nouvelle. Il n'y a pas décidément de baguette enchantée capable de faire fonctionner ces chancres à l'égal de l'inoculation. — Quant à la mauvaise chicane que M. Mac-Carthy fait à M. Baumès à l'égard de la sonde, il faut reconnaître qu'elle est loin d'avoir la portée que son auteur lui supposait sans doute : elle est doublement insignifiante, ainsi que je vais le prouver. Il me semble que tout le monde comprendra que l'introduction de la sonde dans l'urètre puisse faire découvrir, dans le cas où il y a quelque point ulcéré dans ce canal, un endroit plus spécialement sensible, ou quelque inégalité, et qu'elle puisse servir ainsi à accroître la valeur des autres moyens de diagnostic dont M. Baumès a d'ailleurs fait usage, comme il a soin de le noter. Ainsi, M. Mac-Carthy a tort d'abord, en attribuant à M. Baumès un diagnostic fondé sur l'introduction de la sonde, car c'est une inexactitude, et ensuite, en ne comprenant pas l'utilité de ce mode d'exploration qui ne demande certainement pas de grands efforts pour être compris.

Il me reste maintenant à examiner une dernière critique, c'est celle de M. Hélot, consignée dans une thèse dont il a été déjà rendu compte dans notre publication (N° d'avril 1844). Mais, avant d'aborder cet examen, il ne sera pas inutile de jeter un coup d'œil sur la manière dont il envisage la pathogénie des bubons ; cela me servira à la fois à exposer mes idées à cet égard, à juger de nouveau la valeur des critiques précédentes, et surtout à apprécier l'esprit qui a dicté celle de M. Hélot.

H. DE CASTELNAU.

(*La fin au prochain numéro.*)

OBSERVATIONS.

PEMPHIGUS CHRONIQUE. — DIARRHÉE. — PÉRITONITE CHRONIQUE. — FIÈVRE HECTIQUE. — MORT. — ALTÉRATION REMARQUABLE DU FOIE (1).

Hôpital Saint-Louis, salle Henri IV.

Marsaud (Baptiste), 35 ans, cultivateur, né dans le Limousin (Haute-Vienne), n'a pas une constitution très-forte, sans cependant avoir jamais été sérieusement malade. D'un tempérament qui tient le milieu entre les tempéraments nerveux et lymphatiques, cet homme a toujours eu la peau blanche et fine, assez impressionnable. Ses yeux sont d'un bleu clair, ses cheveux roux; il n'a jamais joui d'un grand embonpoint. Il n'est pas phthisique et n'a jamais craché de sang, quoique sa mère, à qui il ressemble beaucoup, soit morte poitrinaire à l'âge de 42 ans, et que les maladies tuberculeuses soient héréditaires dans ses ascendants maternels. Peut-être en aurait-il été atteint plus tard, car il était sujet à s'enrhumer au printemps, et ses rhumes duraient 15 jours ou 1 mois. Du reste, il n'a point eu de maladies scrofuleuses et ne porte aucune trace qui pourrait faire soupçonner cette maladie. Cependant, il faut dire que le malade était sujet aux abcès et aux furoncles.

Toutes les fonctions chez cet homme ont toujours été en bon état, celles du tube digestif comme les autres. Les digestions étaient très-faciles; il n'y avait ni diarrhées, ni vomisse-

(1) Observation recueillie par M. Racle jeune, interne de l'hôpital Saint-Louis, service de M. Cazenave.

ments accidentels ; jamais de trouble vers le foie, ni ictère, ni douleur à la région de l'hypocondre droit.

Ce homme, qui est cultivateur et d'une famille assez aisée, n'a jamais été soumis à aucune cause antihygiénique dont l'action ait pu être quelque chose dans le developpement de sa maladie. La seule imprudence qu'il ait commise, c'était de faire la pêche en entrant dans l'eau jusqu'à mi-corps et quelquefois en entier. Dans cette position, il restait assis pendant 3 heures sans mouvements. Pendant plusieurs années, il a répété la même chose, à peu près tous les dimanches, et souvent par un temps très-rigoureux. Du reste, il faut dire que tous les cultivateurs de son pays en font autant et n'en éprouvent aucun inconvénient.

Jusqu'à l'âge de 28 ans, Marsaud n'eut absolument aucune éruption. Mais, à cette époque, il commença à se développer chez lui une assez grande quantité de bulles de pemphigus sur le thorax. Cette éruption dura ainsi pendant 18 mois, toujours augmentant. A cette époque, les bulles étaient caractéristiques, semblables à des ampoules de vésicatoires, précédées, pendant 2 ou 3 jours, de rougeurs et de démangeaisons vives. Peu de temps après, il en parut aux bourses, puis aux membres inférieurs et supérieurs, et enfin au tronc. Il n'y a que 18 mois que le malade en a vu se développer sur le visage et au cuir chevelu. Maintenant la totalité du corps en est couverte.

Dans les premiers temps il y avait un peu de fièvre de temps à autre, quand une nouvelle éruption se faisait. C'est qu'en effet la maladie venait par éruptions successives. Le malade avait fait la remarque qu'elles étaient tous les mois plus abondantes et plus fortes à l'époque de la nouvelle lune.

Marsaud entra à l'hôpital Saint-Louis (salle Henri IV, n° 17), le 18 février 1843. Depuis cette époque jusqu'au moment actuel (octobre 1844) il a présenté l'état suivant :

Il est dans un grand état de maigreur, sans altération bien profonde de la physionomie. Cependant le malade a encore conservé ses forces ; il peut se lever et marcher, mais il garde le plus ordinairement le lit et s'y tient dans le décubitus horizontal, parce que les moindres mouvements déchirent et rompent la peau au niveau des bulles, et il en résulte un écoulement de sang et une douleur très-vive. Le corps est en entier recouvert d'une éruption de pemphigus chronique, dont on ne peut méconnaître la nature. L'épiderme se détache par larges écailles, ou squammes, du diamètre d'une pièce de 10 ou de 20 sous. Trop peu solide pour contenir la sérosité des bulles sans se rompre, il n'est pas soulevé par le liquide qui l'a détaché du derme, mais il repose à plat sur cette membrane. Quand la sérosité des bulles s'est écoulée, dans les bulles qui sont récentes, sous l'épiderme, l'on trouve une surface dénudée rouge, douloureuse ; c'est le derme à nu et suintant. Dans les bulles anciennes, l'épiderme est dur, assez peu adhérent, et il recouvre une couche de nouvel épiderme déjà assez bien formé. La généralité de l'éruption fait que le corps en entier est couvert de ces écailles ; ce qui lui donne un aspect repoussant. Les cheveux, la barbe en sont remplis ; il en existe presque sur les lèvres et le bord libre des paupières ; mais les muqueuses n'en ont point. La peau a acquis une friabilité remarquable, la moindre traction la déchire et est très-douloureuse.

L'éruption des bulles n'est pas continue ; elle se fait à intervalles, quelquefois assez longs, pendant lesquels la peau se dépouille à peine de son étui d'écailles épidermiques détachées, et reprend un peu de poli. Mais bientôt une nouvelle éruption se forme. De temps à autre le malade a bien un mouvement fébrile, mais cela n'est plus régulier comme au commencement de la maladie. Il semble que l'habitude des éruptions ait émoussé la sensibilité, ou plutôt la faculté d'irritation du malade.

Depuis l'entrée du malade à l'hôpital, très-peu de changements se sont montrés dans son état. De temps à autre un peu de fièvre. Le symptôme le plus grave a toujours été de la diarrhée ; une diarrhée presque continue et que rien ne suspendait. Enfin, un affaiblissement croissant qui force le malade à garder constamment le lit.

Le traitement mis en usage par M. Cazenave a consisté successivement dans les boissons émollientes, dans les astringents à l'intérieur et à l'extérieur, l'opium, le tannin, quelques ferrugineux, une alimentation douce mais un peu substantielle.

Le malade, qui s'était assez bien soutenu jusqu'en septembre 1844, a commencé alors à dépérir et à avoir une petite fièvre lente, revenant tous les soirs. Puis, la fièvre a pris les caractères de l'hectique, et l'amaigrissement a marché avec une rapidité extrême. Le malade a ressenti dans l'intérieur du thorax une chaleur vive et brûlante ; il a commencé à tousser sans cracher habituellement ; mais, de temps à autre, il a rendu une assez grande quantité d'eaux claires et acides. La diarrhée est devenue continuelle et abondante. Enfin, vers les premiers jours d'octobre, on constate les symptômes évidents d'une ascite qui devient bientôt très-abondante. Les bourses et les pieds deviennent aussi le siége d'une infiltration œdémateuse ; les membres sont grêles et durs ; des coliques très-vives sont ressenties par le malade depuis le développement de l'ascite.

Le malade succomba le 26 octobre, à 6 heures du soir.

Autopsie le 28 octobre.

Le cadavre est d'une maigreur extrême. Il n'y a pas de rigidité cadavérique ; déjà une putréfaction assez avancée s'en est emparée.

Un flot de sérosité citrine s'échappe de la cavité abdominale, qui contient au moins trois litres de ce liquide. Le péritoine présente tous les caractères d'une péritonite chronique, à laquelle est venue s'en ajouter une aiguë assez intense. Le sérum abdominal est d'un rouge lie de vin dans beaucoup de points, surtout au niveau des anses intestinales ; elle est, en outre, couverte de deux espèces distinctes de granulations opaques qui appartiennent et à l'état aigu et à l'état chronique. Les unes, en effet, sont petites, grisâtres, demi-transparentes, peu saillantes, comme le sont les granulations des séreuses chroniquement enflammées ; les autres sont larges comme des lentilles, épaisses, peu consistantes, crémeuses ; en un mot, ce sont des lambeaux pseudo-membraneux, appartenant à une péritonite récente. Il y a aussi des adhérences, au moyen de lymphe plastique, des anses intestinales entre elles et avec la paroi abdominale.

L'intestin a sa muqueuse très-pâle, quoique saine et sans ulcération dans sa plus grande étendue.

L'estomac est parfaitement sain.

L'œsophage, le pharynx, le larynx et la trachée n'ont pas d'ulcérations ni de traces de bulles. Ces organes ont été examinés avec soin.

L'altération la plus curieuse est celle du foie : cet organe a considérablement perdu de son volume normal ; il est réduit de plus de moitié ; il est comme ratatiné, et occupe un point très-rétréci de l'hypocondre droit. Des adhérences difficiles à déchirer le fixent au diaphragme. Sa couleur est très-foncée ; il est lie de vin principalement dans son lobe droit. Le lobe gauche a presque sa couleur habituelle. Le tissu de l'organe a beaucoup perdu de sa consistance dans le lobe droit, qui s'écrase entre les doigts avec la plus grande facilité. Il se laisse couper également sans peine, et, à la coupe, il graisse le scapel. Un commencement d'état gras s'y manifeste. Cet état se traduit ainsi à l'œil, non par la couleur, puisqu'elle est très-foncée (c'est un simple état de congestion que le lavage fait disparaître), mais par l'aspect de la coupe qui est assez régulière, non grenue, et qui n'offre plus les granulations distinctes, comme dans l'état normal. Dans les points où on peut encore les voir, elles sont séparées par de larges couches graisseuses. Le lobe gauche n'a pas subi les mêmes altérations ; il est encore ferme et moins foncé en couleur.

Les poumons sont sains, mais il y a une sérosité opaline abondante dans les plèvres aussi bien que dans le péricarde.

Je reviendrai plus tard, à propos de l'histoire si peu connue des diverses formes du pemphigus, sur cette observation intéressante sous plusieurs rapports. Je me contenterai, d'appeler, pour le moment, l'attention sur la cause probable, le séjour prolongé, et réitéré dans l'eau et sur l'altération remarquable du foie.

REVUE.

MALADIES DE LA PEAU ET SYPHILIS AU BRÉSIL.

ÉRYSIPÈLE. — VARIOLE. — PIAN. — ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES.—ÉLÉPHANTIASIS DES GRECS. — DE LA MORSURE DU SERPENT A SONNETTES COMME TRAITEMENT DE L'ÉPHANTIASIS. — SARNA. — SYPHILIS.

Un ouvrage récemment publié par le docteur Sigaud, sur *le Climat et les Maladies du Brésil*, contient, parmi beaucoup d'autres, quelques faits intéressants, dont la nature rentre dans le cadre de nos Annales. Nous allons offrir à nos lecteurs un court extrait de ce que nous trouverons de particulier ou d'inconnu parmi nous sur la pathologie et la thérapeutique des maladies de la peau et de la syphilis dans cette contrée de l'Amérique.

Erysipèle. — Cette maladie est endémique, surtout à Rio-de-Janeiro; on en rapporte les causes à l'élévation de la température, et à l'humidité du pays, et aux excès de table, et peut-être, selon l'auteur, à la nature même du sol ; à Bahia et à Fernambouc, la seconde de ces causes étant moins prononcée, la maladie y est aussi plus rare. Il paraît néanmoins qu'à Rio-de-Janeiro même elle est devenue moins fréquente depuis plusieurs années, ce que M. Sigaud attribue aux progrès des mutations qui se sont opérées quant à la culture et quant à la manière de vivre. Ainsi à la culture de

l'indigo et de la cochenille a succédé celle du café et du sucre; celle du thé et du mûrier commence; aux usages des soupers excitants qui se prolongeaient dans la nuit a succédé dans une grande partie de la population celui du thé à l'anglaise; enfin, les mesures hygiéniques sont mieux observées. — Tantôt l'érysipèle au Brésil apparaît sans grande réaction fébrile, tantôt au contraire son invasion est tellement violente qu'on supposerait un accès épouvantable de fièvre pernicieuse, ou le début de ces érysipèles phlegmoneux qui s'observent en Europe, se terminant par le sphacèle d'un membre entier, tandis qu'au Brésil ils finissent par de vastes abcès dans les parties affectées, et s'accompagnent de symptômes graves qui disparaissent en vingt-quatre ou quarante-huit heures, à mesure que la peau s'humecte et que l'éruption se manifeste.

Il faut distinguer cet érysipèle, ou érysipèle rouge, d'une autre maladie endémique aussi, l'*angioleucite*, désignée encore sous le nom d'érysipèle blanc; celui-ci, qui sévit surtout contre les femmes et les enfants, reconnaît parmi ses causes l'humidité atmosphérique plutôt que celle du sol, la nourriture de fécules, de fruits mucilagineux, l'hépatite, la syphilis, selon Bernardino, Goudos et Madeiros, la répercussion de la gale d'Amérique, ou sarna. — Quant au traitement de l'érysipèle rouge, il ne diffère que très-peu de celui mis en usage en Europe; on applique aussi des feuilles fraîches ou sèches sur les parties affectées, mais l'on s'abtient avec rigueur de lotionner une surface érysipélateuse par crainte des métastases, si redoutables dans ce pays.

Petite-vérole. — Ce fléau a été importé d'Afrique au Brésil, et en a ravagé les provinces depuis trois siècles, détruisant des masses de nègres et d'Indiens. La vaccine, introduite en 1814, a arrêté son cours meurtrier sur plusieurs points; mais depuis dix ans la petite-vérole a sévi avec plus de fréquence et de force, et a donné lieu à une série d'épidémies graves, au Para, à Fernambouc, Bahia, Rio-de-Janeiro, St-Paul; épidémies dans lesquelles on l'a observée à l'état confluent, donnant à la surface cutanée l'apparence de la peau de chagrin, et étant alors, dans la plupart des cas, mortelle. Le nombre des nègres qui restent aveugles à la suite de cette maladie est incalculable. Le docteur Joaô Alvès de Moura a expérimenté avec succès, pour favoriser l'éruption des pustules, les frictions d'une huile tirée du corps des lézards blancs; dans la *Pharmacopea Dogmatica*, publiée à Oporto, en 1772, on trouve une formule analogue ainsi conçue:

℞ Sardoines N° 20.
Huile d'amandes douces et amères, une livre.

Placez dans un flacon pendant huit jours, conservez au milieu de cendres chaudes et ensuite exprimez le contenu.

Le mode d'action de cette huile est d'empêcher l'action nuisible de l'humidité de l'air sur la peau. Dans ces dernières années, les revaccinations ont été mises en pratique et avec succès.

Pian. — C'est, comme on le sait, une maladie endémique au Brésil, où elle est connue sous le nom de boubas; elle précède assez souvent la lèpre, ce qui fait croire à une commune origine syphilitique. Le pian se rapporte en ce pays à trois espèces: le *pian humide*, le *pian sec*, le *pian cristallin*. La première espèce représente un bouton de couleur lardacée, plus ou moins évasé, qui se contracte par le coït et se manifeste autour de l'anus, au scrotum, aux grandes lèvres; elle peut être inoculée par des insectes, et alors se déclare sur la surface entière du corps. Dans les campagnes, le peuple emploie divers moyens pour combattre la maladie; tantôt on donne une simple décoction ou la poudre de caroba (*Bignonia copaia*, d'Aublet), recommandant l'exercice, et quand le pian sèche, on fait prendre des purgatifs; tantôt on administre des remèdes empiriques, du cinabre et des alcooliques, pris sans soins. Lorsque, sous leur influence, l'éruption disparaît subitement, elle est remplacée par des dyssenteries, la phthisie; si au contraire elle ne s'efface que graduellement, on voit lui succéder des fissures entre les doigts, à la plante du pied et autour du calcanéum ou aux mains, formant des fentes calleuses qui atteignent les tendons, les nerfs, et produisent la contraction et l'atrophie de ces parties. Le traitement rationnel qui convient dans cette espèce se base d'abord sur l'emploi des antiphlogistiques, la saignée rarement, puis on fait prendre l'électuaire suivant:

℞ Salsepareille en poudre... }	āā ʒ ii
Caroba id....... }	
Feuille de séné en poudre....	ʒ i
Calomel anglais.............	ʒj
Sirop simple................	℈. S.

On ajoute quelquefois pour les malades faibles de la poudre de réglisse, pour ceux qui sont robustes deux gros de racine de batate en poudre. La dose est d'une cuillerée matin et soir dans une tasse de décoction d'orge ou de salsepareille. On substitue quelquefois à cet électuaire.

24 pillules composées avec: jalap en poudre.	ʒ i
Précipité rouge de mercure..............	ʒ i
Sirop..................................	℈.S.

Une pilule matin et soir, par-dessus une tasse de salsepareille ou de caroba. La décoction de cette dernière plante sert aussi à laver les pustules, que l'on doit panser encore avec

un mélange de basilicum et de vitriol bleu. Si ce traitement n'a pas suffi on le renouvelle après un intervalle de repos convenable.

La seconde espèce de pian, ou pian sec, ressemble à une pustule recouverte de croûtes superposées, d'un jaune vert, se terminant en cône, de la grosseur d'un grain de maïs ou d'une fève. Elle cède au même traitement que la précédente.

Quant à la troisième espèce, ou pian cristallin, elle offre une pustule cristalline et nette comme celle de la vaccine, qui se montre au visage et sur le tronc; elle est beaucoup plus difficile à guérir que les autres. Elle a son siége dans les lames celluleuses de la peau, prend tantôt une couleur rosacée, tantôt celle d'un rouge foncé et passe à la desquammation avec une grande rapidité. Elle provoque l'engorgement des glandes du cou, des parotides, des douleurs articulaires, des ophthalmies palpébrales, et se rapprohe beaucoup des symptômes des scrofules. L'éruption se fait jour, dans cette espèce, du premier au deuxième septenaire, après un coït impur, et est précédée du chancre vénérien aux parties génitales, suivi de l'engorgement des glandes inguinales; le chancre disparaît au moment de l'éruption. Après l'emploi des antiphlogistiques, des vomitifs on passe à celui des pilules suivantes :

Gomme gayac..	2 grains.
Extrait de ciguë	ãã 1 grain.
Calomel	
Camphre	3 grains.

M. F. S. A. pour une pilule; on en prend vingt-quatre (une matin et soir), et l'on boit cinq à six tasses par jour de décoction de bois sudorifiques. Le docteur Sigaud a employé aussi les pilules d'oxyde rouge de mercure, et la cautérisation du chancre et des pustules au moyen du nitrate acide de mercure.

N. B. On doit remarquer qu'au Brésil on a confondu avec le véritable pian ou le frambœsia des affections de nature différente, et que l'affection telle qu'on la décrit et qu'on la traite se rapproche de certaines formes de syphilides.

L'éléphantiasis des Arabes est une maladie assez fréquente au Brésil, considérée comme endémique, et qui ne présente en ce pays rien de particulier à noter; nous citerons seulement cette observation faite journellement par les médecins brésiliens, et qui semblerait faire croire, que sous ce nom, ils confondent plusieurs affections différentes. C'est que cette maladie s'accompagnerait toujours d'une hypertrophie plus ou moins considérable du cœur.

L'éléphantiasis des Grecs, lèpre tuberculeuse, endémie du Brésil, connue sous les noms de *morphea*, *mal de S. Lazaro*, est considérée par les médecins de ce pays comme héréditaire, non susceptible de se propager par contagion; les principales causes qui en déterminent le développement sont, suivant eux, l'usage des mauvaises eaux, l'humidité tropicale, la syphilis, le scorbut, les scrofules, etc. Le docteur Paula Candido conclut de ses recherches que la marche de la maladie démontre que les extrémités des vaisseaux capillaires s'altèrent en premier lieu, et que de là la lésion se communique aux troncs principaux; les tubes capillaires se trouvent dilatés outre mesure au point de pouvoir donner passage aux globules sanguins. Toute la maladie, selon lui, aurait son siége dans cette erreur de lieu, c'est-à-dire dans l'envahissement des capillaires dilatés par les globules du sang.

Les symptômes de la maladie ne diffèrent pas de ceux que nous connaissons en France.

Outre les remèdes rationnels généralement employés contre la lèpre tuberculeuse, on ne doit pas s'étonner qu'une foule de plantes aient été mises en usage au Brésil contre une maladie si rebelle, et dans un pays si bien pourvu de végétaux actifs. Nous nous abstiendrons d'en donner la liste inutile, puisque aucune n'a paru spécialement efficace; mais nous terminerons ce qui a rapport au traitement par la relation abrégée de la cure de cette maladie tentée sur un individu, à l'aide de la morsure du serpent à sonnettes, qui jouit en Amérique de la réputation de guérir la lèpre.

Marianno-Jose Machado, né à Rio-Pardo, âgé de cinquante ans, d'une constitution athlétiqe, était depuis six ans affecté de lèpre tuberculeuse et résidait depuis quatre années à l'hospice des lépreux, à Rio-de-Janeiro, lorsqu'il en sortit résolu de tenter l'épreuve de la morsure du serpent à sonnettes, et malgré les prudents conseils de divers médecins, dans le but de se débarrasser de cette affligeante maladie. C'est chez un chirugien de Rio-de-Janeiro qui possédait un serpent à sonnettes, et en présence d'une nombreuse assistance, parmi laquelle se trouvait un certain nombre de médecins, que le malade se soumit à la morsure avec le plus grand sang-froid, le 4 septembre, à onze heures cinquante minutes du matin. Le degré avancé de la maladie et l'insensibilité de la peau l'empêchèrent de sentir la dent du reptile; mais vingt minutes après, une faible douleur précédée de froid se développa dans la main, qui bientôt se tuméfie considérablement. Le pouls s'élève; en une heure l'enflure a gagné le cou; un engourdissement se manifeste par tout le corps. Au bout de deux heures, tremblement général, resserrement et douleur à la gorge, à l'estomac; plus tard cependant le malade peut avaler sans difficulté de l'eau vineuse; des épistaxis, une sueur générale se déclarent, des douleurs atroces se développent dans les

bras surtout, la salive devient épaisse, une évacuation fréquente d'urines a lieu; de la torpeur, de la prostration, du sommeil même à l'entrée de la nuit, sont suivis de nouvelles douleurs violentes qui arrachent des cris au malade. On lui fait prendre de temps en temps une infusion de guaco, remède préconisé au Brésil contre la morsure des serpents, et qu'il avale assez aisément, tandis que la déglutition devient très-difficile lorsqu'on lui donne de l'eau pure, phénomène que nous savons se reproduire dans la rage. On applique des vésicatoires aux cuisses, etc. Mais bientôt des mouvements convulsifs se développent, la respiration s'embarrasse, et le malade expire vingt-quatre heures après l'épreuve de la morsure, sans qu'on ait noté d'autre changement dans les tubercules de la lèpre que leur aplatissement sur les deux bras et à la face et leur aspect érysipélateux.

L'autopsie ne put être faite à cause de la décomposition rapide qui s'empara aussitôt du cadavre. Malgré cette expérience, le docteur Sigaud, se fondant sur les effets produits spécialement sur l'enveloppe cutanée par le venin de quelques espèces de serpent, le holleik d'Arabie, par exemple, qui y détermine un état érysipélateux avec desquammation en moins de vingt-quatre heures, se fondant aussi sur la sécrétion très-abondante d'urine qui a eu lieu dans l'observation ci-dessus mentionnée, sur la modification des tubercules de la lèpre, sur ce que les auteurs rapportent que certains peuples d'Amérique guérissaient la syphilis à l'aide de bouillons faits avec les espèces de serpents les plus venimeux (rappelons qu'il considère la lèpre comme d'origine syphilitique), pense que l'inoculation d'un semblable venin, faite avec beaucoup de mesure, de prudence et dans un lieu convenable, à l'aide de la lancette, pourrait peut-être produire de bons résultats. Il existe d'ailleurs des faits peu nombreux et incorrects il est vrai, qui semblent militer en faveur de l'influence salutaire du virus du serpent à sonnettes dans la lèpre tuberculeuse.

Parmi les *exanthèmes*, celui que l'on désigne au Brésil sous le nom de *sarna*, est de toutes les éruptions cutanées celle qui incommode le plus; elle remplace la gale provenant de l'acarus, et conserve, dans quelques espèces, le même caractère contagieux. De ces espèces, la plus bénigne est celle qui donne lieu à des boutons prurigineux réunis par groupes sur les avant-bras, sous les aisselles, autour du cou, derrière le dos, etc., etc., causant une vive démangeaison durant sept à huit jours, et se renouvelant pendant les chaleurs (Johnson l'appelle lichen tropicus). L'espèce dite *sarna minda*, est la plus rebelle, elle s'attache surtout à l'épigastre et à la poitrine, et offre de petites pustules à sommet purulent. L'espèce nommée par Gomès *sarna humida* donne lieu à de grandes pustules sans inflammation autour de la base; elle affecte spécialement les bras et les jambes. Enfin on distingue une *sarna purulenta* et une *sarna cachectica*; cette dernière. particulière aux enfants et aux adultes épuisés par les maladies (c'est l'*impetigo Indica* de Boutius).

N. B. Il nous paraît évident, d'après la description si imparfaite et si abrégée de ces diverses espèces de sarna que l'on confond au Brésil, sous ce nom générique, une foule d'affections différentes, des papules, des vésicules, des pustules, etc., etc; remarquons enfin ici que, d'après M. Sigaud, les divers herpès sont plus rares sous les tropiques que sous les latitudes tempérées.

SYPHILIS.

L'affection syphilitique existe de temps immémorial au Brésil; elle est aujourd'hui l'affection prédominante, au dire de tous les anciens praticiens; et, sans toutefois différer de celle qu'on observe en Europe, elle présente une allure moins franche et se manifeste plus fréquemment par des symptômes secondaires et tertiaires. L'auteur ne cite que deux observations qui lui sont particulières, et qui méritent d'être rapportées ici.

— Un jeune homme, orfèvre de profession, après la suppression d'une gonorrhée, fut privé du mouvement des extrémités inférieures, ne pouvant exécuter l'extension ou la flexion sans éprouver d'atroces douleurs. Le médecin qui le visita, à Paris, combattit ce rhumatisme par quatre copieuses saignées dans l'espace de six jours, la diète et les boissons délayantes. Le mouvement revint, mais alors la douleur et l'immobilité gagnèrent les mains et les bras; on réitéra le même traitement; les symptômes cessèrent, l'écoulement revint, le malade se trouva rétabli. Deux ans après ce jeune homme, vient au Brésil, ayant dans cet intervalle tenté divers moyens empiriques pour se délivrer de l'écoulement urétral. A son arrivée à Rio-de-Janeiro, il se livre à des excès vénériens; la gonorrhée prend un caractère aigu, et, au bout de quelques jours, disparaît soudainement; alors les mêmes accidents survenus à Paris se renouvellent : d'abord douleur aiguë dans l'aine, dans la région crurale, le long des vaisseaux lymphatiques, léger gonflement de cette partie, ensuite immobilité des extrémités inférieures. (Saignée du bras, sangsues aux aines, cataplasmes, délayants.) Troisième jour : persévérance des mêmes symptômes, insomnie, vives douleurs dans les testicules et au périnée (autre large saignée, boisson laxative, le soir pilules d'opium). Quatrième et cinquième jour, même état (deux autres for-

tes saignées, trente-six grains de calomel uni à l'opium, par doses fractionnées). Du sixième au septième jour, larges évacuations alvines; retour du mouvement des extrémités inférieures, mais gonflement du bras gauche avec difficulté de le mouvoir (quatrième saignée, boissons délayantes, frictions opiacées, sur le bras). Huitième jour, même état (cinquième saignée, bains de vapeur aromatiques). Passage de la douleur, du gonflement et de l'immobilité au bras droit (bains de vapeur émollients, doses de calomel par intervalles). Ces symptômes se dissipèrent dans l'espace d'une quinzaine de jours, pendant lesquels le malade continua les bains, la diète et la même médication; il guérit sans réapparition de l'écoulement.

Un autre jeune homme, commis marchand, d'une constitution robuste, voulut se délivrer d'une gonorrhée chronique. A cet effet, il prit le remède Leroy, et, dans l'espace de dix-huit mois, il eut le courage d'en avaler quatre cents doses. Ce remède détermina une diarrhée sanguinolente pendant quatre mois, à la suite de laquelle la gonorrhée cessa. Mais il survint au pourtour de l'anus un groupe de tumeurs inflammatoires, lesquelles, s'abcédant, dégénérèrent en fistules. Un stylet introduit du côté droit et du côté gauche de l'intestin dans deux de ces tumeurs, pénétra très-profondément sans pouvoir trouver le point ulcéré du rectum en communication avec le trajet fistuleux. L'exploration du rectum fit reconnaître une coarctation de cet intestin, permettant à peine l'introduction de l'extrémité du petit doigt; la muqueuse était rugueuse au toucher. Cette coarctation était due à l'usage immodéré du remède Leroy, qui, sollicitant une action trop répétée de cet intestin, finit par causer la dégénérescence de la muqueuse et le resserrement du canal presque paralysé. Le malade n'ayant pas voulu se soumettre à l'ablation des tumeurs et à l'opération des fistules, succomba quelques mois après, le corps couvert de pustules cuivrées.

La coarctation du rectum et la dégénérescence cancéreuse de son extrémité inférieure se rencontrent souvent dans la pratique à Rio-de-Janeiro, en raison de certaines habitudes vicieuses, de la vie sédentaire, de la syphilis et des affections hémorrhoïdales. Enfin les ulcères à la peau et les exostoses sont fréquents; c'est contre eux que le docteur Sigaud a mis à profit le traitement par l'oxyde rouge de mercure, la tisane de Feltz, le rob de Laffecteur et la panacée de Swaine, espèce de rob venu des États-Unis d'Amérique.

DE LA TEMPÉRATURE CHEZ LES ENFANTS

DANS LES FIÈVRES ÉRUPTIVES,

Par le docteur HENRY ROGER,

médecin du bureau central des hôpitaux (1).

La température est élevée dans les *fièvres éruptives*; mais elle ne l'est pas également dans chacune de ces pyrexies : pour le degré d'augmentation de la chaleur, la *scarlatine* est au premier rang, la *variole* au second, et la *rougeole* au dernier.

a. VARIOLE ET VARIOLOÏDE.

	DATE DE L'OBSERVATION.	AGE.	RESPIRATION.	PULSATION.	TEMPÉRATURE.	OBSERVATIONS.
I.	26 juillet.	4 ans.	36	132	41°	Variole confluente au 1er jour d'éruption.
	28 *id.*	»	36	120	38°,25	Mort le 3 août.
	29 *id.*	»	36	132	39°	
	30 *id.*	»	28	120	39°.90	
	1er août.	»	36	140	40°,75	
	3 *id.*	»	60	132	41°	
II.	12 mai.	2 ans.	36	130	38°,75	Variole au 5e jour d'éruption.
	13 *id.*	»	40	152	39°	Mort le 13.
III.	31 juillet.	14 ans.	16	84	37°,75	Variole hémorrhagique très-confluente au 3e jour d'éruption. Mort le 9 août.
IV.	mars.	21 jours.	30	140	37°	Varioloïde au 3e jour d'éruption. Mort.

(1) Nous avons cru devoir insérer ici cet extrait d'un mémoire important que M. le Dr. Roger publie en ce moment dans *les Archives de Médecine*. Il est inutile d'insister sur l'intérêt que peuvent présenter les travaux si consciencieux de notre savant confrère, comme aussi sur la nécessité de leur donner une place dans ce recueil; nos lecteurs apprécieront suffisamment ces deux circonstances qu'il suffit de signaler.

DATE DE L'OBSERVATION.		AGE.	RESPIRATION.	PULSATION.	TEMPÉRATURE.	OBSERVATIONS.
V.	16 mai.	13 ans.	24	116	39°,25	Variole discrète.
	17 *id.*	»	24	116	38°	
	22 *id.*	»	20	72	37°,25	
VI.	1er avril.	2 ans.	30	116	38°,25	Variole au début.
	3 *id.*	»	28	140	38°,75	
VII.	5 mai.	10 ans.	18	104	38°,50	Variole au 6e jour d'éruption.
	8 *id.*	»	18	88	37°,50	
	10 *id.*	»	18	96	37°,25	
VIII.	5 mai.	10 ans.	34	132	38°,25	Variole au 6e jour d'éruption.
	7 *id.*	»	26	120	37°,75	
IX.	18 juin.	13 ans.	22	92	37°,50	Variole confluente au 4e jour d'éruption.
X.	23 mai.	5 ans.	28	84	38°	Varioloïde. Mort.
	24 *id.*	»	32	108	38°	
	25 *id.*	»	28	92	38°	
	26 *id.*	»	16	120	38°,75	
	31 *id.*	»	28	120	38°	
XI.	24 mai.	4 ans.	24	112	38°	Varioloïde au 3e ou 4e jour d'éruption.
XII.	29 juillet.	5 ans.	32	100	37°,75	Varioloïde.

Dans neuf cas de variole, le maximum de température fut 41° (une seule fois), le minimum 37°,50, et la moyenne 38°.75 (1).

Aux différentes phases de l'éruption, cette moyenne a subi quelques variations, dont voici le tableau :

Premier jour, 41°; troisième, 37°,66; quatrième, 38° 25; cinquième, 39°; sixième, 38°.75; septième, 40°75; huitième, 38°; neuvième, 39°,25.

Ces chiffres montrent que la température est à son maximum tout à fait au début de l'éruption, puisqu'elle baisse les jours suivants, pour se relever du cinquième au neuvième, c'est-à-dire à l'époque de la fièvre de suppuration (2).

La chaleur se maintient assez forte pendant tout le cours de la variole, puisque la moyenne de nos vingt-huit expériences réunies est 38°,44. Quelquefois cet accroissement de la température persiste pendant longtemps à un haut degré : l'observation 1 nous en fournit la preuve; le thermomètre, qui n'avait jamais été au-dessous de 38°,25, monta, le huitième jour, à 40°,75, et, le neuvième, deux heures avant la mort, il marquait de nouveau 41°, chiffre du début de l'éruption. Et ce fait est d'autant plus remarquable que l'enfant avait eu la scarlatine une semaine auparavant, et que déjà, pendant cette première fièvre éruptive, la température avait dû être fort élevée.

L'intensité de l'éruption a de l'influence, mais pas autant qu'on pourrait le croire, sur le developpement plus ou moins grand de la chaleur : chez trois enfants, la variole était confluente, et la moyenne fut 38°,75; chez cinq autres, elle était discrète ou ce n'était même qu'une varioloïde, et la moyenne fut un peu moindre (38°45).

La gravité de la maladie eut une influence plus marquée; car, des deux enfants qui moururent (obs. 1 et 2), l'un eut le maximum de chaleur 41°, et l'autre eut 39°, tandis que chez les sujets qui guérirent, la température fut toujours inférieure, sauf une seule fois qu'elle monta à 39°,25.

La moyenne de chaleur que nous avons obtenue est un peu inférieure à celle que M. Andral a trouvée chez les adultes, 39°06 (1); mais cette légère différence en moins vient probablement de ce que, dans nos observations, trois sujets sur douze avaient seulement des *varioloïdes*.

Si, dans nos expériences, les maxima du pouls et de la température ne se correspondent pas exactement; si, par exemple, l'enfant qui eut 41° n'avait que 132 pulsations, tandis que celui chez lequel on constata le maximum de pulsations, 152, n'avait que 39°, cependant les cinq sujets dont la chaleur était le plus élevée eurent tous le pouls très-accéléré (terme moyen à 135); et de même, les enfants chez lesquels le pouls fut le plus rapide eurent tous, un seul excepté, une haute

(1) J'élimine du calcul un nouveau-né de 21 jours (obs. 4) non à terme, extrêmement chétif, qui avait l'air d'un petit vieillard, et qui, au troisième jour d'une varioloïde très-discrète, avait seulement 37°.

(2) Il en fut à peu près de même dans les expériences de M. Bouillaud : c'est au début et vers le septième ou huitième jour que la température fut le plus élevée. (*Clinique de la Charité*, t. I, p. 495 suiv.)

(1) Sur quinze cas de variole qu'il a observés, cinq sujets eurent 40°, six eurent 39°, et quatre 38°.

température. Le rapport entre le nombre des pulsations et les degrés de chaleur fut plus exact encore pour les minima.

Quant à la relation entre la respiration et la température, elle fut presque constante pour les maxima; mais on la vit manquer souvent pour les minima.

b. SCARLATINE.

DATE DE L'OBSERVATION.		AGE.	RESPIRATION.	PULSATION.	TEMPÉRATURE.	OBSERVATIONS.
I.	22 juillet.	3 ans.	50	140	40°,75	Scarlatine modérée. Mort le 26.
	26 *id.*	»	40	164	39°,50	
II.	24 juillet.	»	50	140	40°,50	Scarlatine angineuse grave.
	26 *id.*	»	40	164	39°,50	Deux heures avant la mort.
III.	9 juin.	»	32	128	39°	Scarlatine angineuse grave.
	11 *id.*	»	36	128	38°	
IV.	8 août.	2 ans.	36	136	39°,75	Scarlatine simple.
	10 *id.*	»	44	152	39°,75	
	11 *id.*	»	44	142	39°	
	15 *id.*	»	34	152	39°	
V.	24 juillet.	14 ans.	20	108	39°,75	Scarlatine légère.
VI.	24 juillet.	10 ans.	28	121	38°	Scarlatine légère.
VII.	5 mai.	4 ans.	34	110	38°	Scarlatine simple.
	8 *id.*	»	24	90	37°,50	

La forte chaleur qui existe dans la scarlatine a plus d'une fois frappé les observateurs. Dans son mémoire sur cette fièvre éruptive, Dance cite un cas où cette chaleur était si intense, qu'on la sentait à un pied du malade. Nasse et James Currie l'ont appréciée au thermomètre et ont trouvé, l'un 108° F. dans l'épidémie de Bielfeld en 1809 et 1810, et l'autre 105° et 106° (un peu plus de 41° cent.) dans les cas légers, et, dans les plus graves, jusqu'à 108°, 109° et 110° F. «*J'ai su*, dit-il, que le mercure s'était élevé jusqu'à 112°, la plus forte température que j'ai jamais observée chez l'homme (1)». Ce dernier chiffre, que Currie ne dit pas d'ailleurs positivement avoir rencontré, est trop élevé pour qu'on accorde foi entière à son exactitude (2). En effet le maximum noté par M. Andral chez sept adultes, et celui que nous avons constaté sur le même nombre d'enfants, fut 40°,75. Chez les sept adultes, le minimum fut 39°, deux fois; et l'instrument marquait, pour les autres, de 40° à 40°,75. Dans nos observations, le mininum fut 38°, deux fois; et la moyenne fut 39°,39.

Comme dans la variole, comme dans la fièvre typhoïde, la chaleur fut remarquable par sa continuité et sa durée. Dans l'observation 4, on voit le thermomètre à 39°,75, ne baisser dans l'espace de huit jours que de 0°,75. Dans l'observation 1 et 2, la température persiste de même, pendant trois et cinq jours, à un haut degré (de 40°,75 à 39°,50). Parfois encore on la trouve très-forte quelques heures avant la mort (obs. 2). L'addition des chiffres obtenus dans quatorze expériences, faites à diverses époques de la scarlatine, fournit une moyenne de 39°,14, c'est-à-dire un chiffre à bien peu de chose près aussi élevé que celui du début.

Cette augmentation de la chaleur est en raison de l'intensité de l'éruption, des complications de la maladie et de sa gravité : la scarlatine fut simple et légère chez deux enfants (obs. 6 et 7) qui présentèrent les minima de température (1); les sujets qui succombèrent eurent une moyenne de 49°.06, tandis que celle des individus qui guérirent *fut inférieure* de plus de 1° (38°,87).

Il y eut le plus souvent défaut de concordance entre le nombre des pulsations et le degré de la température. En effet, le maximum du pouls fut 164 (obs. 1 et 2), et, ces

(1) *Medical reports on the effects of water, cold and warm, as a remedy in fever and febrile diseases*, t. II, p. 46, ch. 2. *On scarlatina*.

(2) Dans une épidémie de scarlatine qui ravageait le comté de Caithness, en Angleterre, Torrencé aurait vu, au dire d'Ozanam (*Traité des épidémies*, t. III, p. 347), le thermomètre monter jusqu'à 160° Far. (plus de 52° centig.). Il est impossible qu'il n'y ait pas là quelque grosse erreur.

(1) Cependant chez deux autres enfants *que j'ai* observés plus tard, et dont la scarlatine était excessivement légère, le thermomètre marquait (le quatrième jour de l'éruption) 38° seulement, et même 37°,50. Il est vrai que dans ce dernier cas le pouls n'était qu'à 60, et dans le premier, à 108.

deux fois, la chaleur n'était que de 39°,50. D'autre part les maxima de température (40°,75 et 40°50) correspondent tous deux à un chiffre moins considérable de pulsations, 140. Et pareillement, le minimum du pouls, 108, répond à une haute température, 39°,75, tandis qu'avec les deux minima de chaleur on constata 110 et 124 pulsations. Ce défaut de rapport est encore manifeste dans les expériences successives des observations 3 et 5. Remarquons que d'ailleurs le pouls fut en général très-accéléré, puisqu'il monta, terme moyen, à 135.

Plus souvent il y eut accord entre la respiration et la température; mais cet accord est loin d'avoir été constant : ainsi les deux maxima de respiration (50) coïncident avec les deux maxima de chaleur; mais le minimum des mouvements respirateurs (20) correspond à une haute température (39°,75). La moyenne des respirations fut, par minute, de 37.

La moyenne de la chaleur animale dans la scarlatine est, d'après nos observations, de 39°.39; celle de la variole, moins élevée, est de 38°.75; celle de la rougeole est moindre encor, elle n'est que de 38°,47. Le maximum trouvé sur dix-huit enfants fut 40°, une seule fois et le minimum 37°.75 (1).

c. ROUGEOLE.

DATE DE L'OBSERVATION.		AGE.	RESPIRATION.	PULSATION.	TEMPÉRATURE.	OBSERVATIONS.
I.	10 mai.	3 ans.	32	160	40°	Rougeole avec bronchiopneumonie. Mort.
II.	22 mai.	2 ans.	44	144	39°	Rougeole avec bronchite intense. Mort.
III.	28 mai.	3 ans.	48	136	39°,50	Rougeole très-abondante au 2ᵉ jour d'érupt.
IV.	30 août.	4 ans.	28	128	39°,25	Rougeole légère au 1ᵉʳ jour d'éruption.
V.	16 août.	3 ans.	52	140	39°	Rougeole au 1ᵉʳ jour d'éruption.
	17 *id.*	»	56	120	38°	
	20 *id.*	»	38	112	37°,75	
VI.	1ᵉʳ juin.	3 ans.	40	138	39°	Rougeole au 2ᵉ jour d'éruption.
	4 *id.*	»	28	112	37°,75	
VII.	24 mai.	3 ans.	64	128	39°	Rougeole assez intense au 2ᵉ jour d'érupt.
VIII.	9 août.	11 ans.	28	100	39°	Rougeole légère au 3ᵉ jour d'éruption.
	11 *id.*	»	22	68	37°	
IX.	7 mai.	8 ans.	32	120	38°,50	Rougeole intense au 3ᵉ jour d'éruption.
	8 *id.*	»	28	100	37°,50	
	10 *id.*	»	30	84	37°,25	
X.	11 juin.	8 ans.	36	104	38°,50	Rougeole au 3ᵉ jour d'éruption.
XI.	25 mai.	9 ans.	30	108	38°,25	Rougeole au 4ᵉ jour.
XII.	7 mai.	10 ans.	22	100	38°	Rougeole au 3ᵉ jour.
	8 *id.*	»	26	82	37°,50	
	10 *id.*	»	20	64	37°	
XIII.	10 mai.	5 ans.	40	126	38°	Rougeole.
XIV.	27 juillet.	14 ans.	26	84	37°,75	Rougeole très-pâle au 2ᵉ jour.
	28 *id.*	»	20	78	36°,75	
XV	10 mai.	10 ans.	28	100	37°,75	Rougeole légère au 2ᵉ jour.
	12 *id.*	»	24	72	36°,75	
XVI.	25 mai.	10 ans.	40	100	37°,50	Rougeole au 5ᵉ jour.
XVII.	3 mai.	9 ans.	22	96	37°,25	Rougeole légère au 4ᵉ jour.
	5 *id.*	»	22	72	37°	
XVIII.	5 mai.	7 ans.	28	124	37°,25	
	10 *id.*	»	32	64	36°,75	

La température est à son plus haut degré au début de l'éruption; puis elle diminue dans une proportion régulièrement décroissante jusqu'à la fin de la maladie : ainsi la moyenne du premier jour où parurent les taches rubéoliques fut 39°, 12; celle du second, 38°.58; celle du troisième, 38°,50; celle du quatrième, 37°,75. Au cinquième jour, le thermomètre marqua moins encore, 37°,25. Cette loi de l'abaissement de la chaleur en raison directe de la décroissance de l'éruption ne souffrit d'exception que chez deux enfants (obs. 1 et 2), qui eurent, l'un 39°, et l'autre 40°, bien que

(1) Nos chiffres se rapprochent beaucoup de ceux de M. Andral : chez onze adultes il y eut, neuf fois, entre 38° et 39°, et deux fois 40°.

l'éruption fût à son déclin ; mais, chez ces enfants, la bronchite concomitante était très-intense, et même chez l'un deux, il y avait quelques points de pneumonie lobulaire, et ces complications étaient sans doute pour quelque chose dans l'élévation de la température.

La chaleur n'a donc pas, dans la rougeole, la continuité et la durée qu'elle a dans les autres pyrexies : la moyenne fournie par toutes les expériences (qui sont au nombre de trente et qui furent faites à diverses époques) n'est que de 37°,98.

L'élévation de la température est en raison de la gravité de la rougeole, puisque le maximum 40° fut observé chez un malade qui mourut; et, chez l'autre enfant qui succomba aussi, le thermomètre marqua 39°.

Elle est pareillement en raison de l'intensité de l'exanthème, puisque, d'une part, la chaleur fut plus considérable au deuxième et au troisième jour de l'éruption qu'au quatrième et au cinquième; et, d'autre part, elle fut aussi plus grande dans les cas où les taches étaient plus nombreuses; la moyenne trouvée chez quatre enfants dont l'éruption est signalée comme abondante fut 38°,87; et, chez trois sujets, dont l'exanthème était léger ou pâle, la moyenne fut de 38° seulement, près de 1 de moins.

Dans la rougeole, le pouls est absolument plus accéléré que la température n'est élevée (dix fois sur dix-huit il dépassa 120); mais cependant, il y eut dans presque toutes nos observations une concordance parfaite entre l'accroissement relatif du nombre des pulsations et des degrés de chaleur : les plus hauts chiffres correspondent aux maxima de température; et, de plus, si l'on fait deux catégories des dix enfants dont le pouls monta jusqu'à 120 et au delà, on trouve que la première donne une moyenne de 143 pulsations pour 39°,30, et la seconde, une moyenne inférieure de 125 pulsations pour une chaleur pareillement moindre (38°,40). L'abaissement du pouls coïncide aussi d'une manière très-régulière avec l'abaissement du thermomètre : dans toutes les observations où les expériences furent répétées plusieurs jours de suite, on peut voir cette diminution simultanée (obs. 5, 8, 10, etc).

Le rapport entre la température et la *respiration* ne fut ni aussi fréquent, ni aussi exact : chez un enfant de trois ans qui eut le maximum des mouvements respiratoires (64), la chaleur n'était que de 39°, tandis que, chez un autre enfant absolument du même âge, le maximum 40° ne correspond qu'à 32 respirations.

Toutefois, dans la majorité des cas, la respiration fut le plus accélérée chez les sujets dont la température était le plus élevée, et *vice versa*. Les quatre enfants chez lesquels on compta le plus grand nombre de mouvements respiratoires (terme moyen 52 par minute) avaient une forte moyenne de chaleur (39°, 12).

De même, chez les quatre enfants dont la respiration fut le moins fréquente (terme moyen 24), la température s'éleva médiocrement, puisque leur moyenne n'est que de 36°,06.

d. ÉRYSIPÈLE.

C'est avec beaucoup de raison, que les nosographes ont réuni dans un même groupe la variole, la rougeole et la scarlatine : l'étude à laquelle nous venons de nous livrer confirme la justesse de ce rapprochement. L'analyse de nos observations a mis en relief trois caractères qui leur sont communs : l'augmentation assez forte de la chaleur animale, la grande élévation du pouls, et l'accélération modérée de la respiration. Les mêmes caractères se sont retrouvés dans deux cas d'érysipèle de la face; chez un des enfants âgé de six mois, le thermomètre marqua 39°,75; et, chez l'autre, qui avait treize ans, il monta jusqu'à 40°,25 (1).

(*Archives de Médecine*, octobre 1844.)

PRÉCEPTES A SUIVRE POUR L'ADMINISTRATION DU MERCURE DANS LES MALADIES SYPHYLITIQUES,

Par sir BENJAMIN BRODIE.

L'autorité du nom de sir Benjamin Brodie en Angleterre nous a engagés a reproduire ici cette leçon, professée par lui à l'amphithéâtre de l'hôpital Saint-Georges. Nos lecteurs y retrouveront avec plaisir des préceptes pleins de sagesse, appuyés sur des faits intéressants et qui empruntent une grande valeur à la longue expérience de l'auteur.

Le mercure a été employé pour le traitement de la syphilis peu de temps après l'introduction de cette maladie en Europe (peut-être trois ou quatre ans après le siége de Naples). Depuis cette époque, en dépit des nombreux préjugés qui se sont élevés pour et contre lui, la réputation du mercure comme antisyphilitique s'est maintenue. On a proposé, il est vrai, à différentes époques, de lui substituer d'autres remèdes; ainsi, sir William Fordyce a cherché à prouver que la syphilis pouvait être guérie à l'aide de la sal-

(1) Dans un cas d'*érythème noueux* subaigu, observé chez un enfant de trois ans, la température n'était que de 37°,75.

sparaille. M. Grant a réclamé la même puissance en faveur de l'opium ; d'autres en faveur de l'ammoniaque ou des acides nitrique et nitro-muriatique, etc., etc. Dans beaucoup de pays on a voulu prouver aussi que l'affection vénérienne pouvait très-bien être traitée et guérie sans qu'il fût besoin d'user un atome de mercure. Un chirurgien d'armée anglais, le docteur Rose, ami de l'auteur, a fait dans l'armée de nombreuses expériences en ce dernier sens, et s'est convaincu qu'il pouvait en être ainsi. Mais les soldats se trouvent dans des conditions toutes particulières; et vouloir adopter cette méthode comme règle générale dans la pratique civile serait s'exposer à de nombreux insuccès. Le docteur Rose lui-même l'a éprouvé, et sir William Whymper, ancien chirurgien-major, disait que s'il parvenait à guérir les soldats sans mercure, il n'en était pas ainsi des officiers eux-mêmes. En opposition avec ces diverses opinions, mettons en regard celle d'Abernethy qui pensait qu'une maladie dont les symptômes cédaient sans l'usage du mercure n'était pas de nature syphilitique.

On a prétendu que souvent le mercure tendait à aggraver la maladie au lieu de la guérir, que les affections des os ne se rencontraient que chez les personnes qui en avaient fait usage. « Je n'ignore pas, dit sir Benjamin Brodie, que l'usage mal dirigé de ce médicament aura des inconvénients, mais il est complétement faux qu'il produise l'affection des os; elle se développe tout aussi bien chez les personnes qui ont été traitées sans mercure. Je sais aussi que lorsqu'on emploie le mercure pour combattre d'autres maladies que la syphilis, celles du foie, du testicule, par exemple, il peut quelquefois produire des nodus; mais, même en l'admettant, je crois que l'affection vénérienne donne naissance aux maladies des os là où le mercure n'a pas été administré... L'expérience m'a prouvé, et je suis convaincu qu'elle vous prouvera aussi que l'on n'a pas encore trouvé jusqu'ici de remède ayant, autant que le mercure, le pouvoir d'éteindre le virus syphilitique; mais il faut qu'il soit administré judicieusement et à propos, et dans tels cas qui lui sont propres; car, sans ces précautions, il pourra être très-nuisible. Il en est de même de beaucoup d'autres médicaments; un remède qui est assez puissant pour produire de bons effets est assez puissant aussi pour causer beaucoup de mal, si l'on n'en fait pas un usage convenable.

« Il ne faut donc pas supposer que l'on doive administrer le mercure au hasard dans tous les cas de syphilis; mais la règle générale est qu'il devra en être ainsi. Cela étant, je m'efforcerai d'indiquer brièvement, non pas les cas dans lesquels on peut en faire usage, mais les exceptions à la règle générale.

« Chez les personnes d'une constitution délicate, atteintes de ce qu'on appelle la diathèse scrofuleuse, disposées à la phthisie et à d'autres maladies de la même classe, on ne doit administrer le mercure qu'après s'être assuré qu'il est indispensable. Toutefois, je crois que les sujets scrofuleux qui ont une affection syphilitique bien constatée, sont traités avec le plus d'avantage à l'aide de ce médicament. Si le mercure leur est nuisible, la syphilis l'est encore bien davantage. Les maladies scrofuleuses, en effet, se développent plus spécialement après que l'économie a été atteinte par un virus morbide; les personnes scrofuleuses disposées à la phthisie auront des tubercules dans les poumons après la scarlatine, la rougeole et la variole; il en sera absolument de même après la syphilis. L'engorgement des glandes du cou se développera souvent lorsque le virus syphilitique existe, et ce fait montre ce qui doit arriver pour les autres organes. Lors donc que dans ces cas il est absolument nécessaire d'employer le mercure, on doit le faire avec beaucoup de prudence; il doit être administré à doses modérées, et le malade doit être observé soigneusement pendant qu'il en fait usage.

« Les individus qui ont toute l'apparence d'une santé vigoureuse ne sont pas toujours des sujets favorables pour l'administration du mercure; ce sont surtout ceux qui ayant l'habitude de boire beaucoup de vin, et menant une vie irrégulière, ont mis leur constitution dans une condition peu convenable. Il est vrai que le virus syphilitique produit souvent chez eux des symptômes effrayants et difficiles à dompter; il vaut mieux néanmoins différer chez eux l'usage du mercure jusqu'à ce que leur constitution ait été améliorée, car si vous le donnez trop tôt, vous aurez à combattre bientôt et le mercure et la syphilis. Si au contraire vous faites suivre pendant quelque temps au malade un régime plus régulier, et si vous consolidez la santé générale, vous pourrez avoir recours au mercure avec avantage, et probablement vous aurez la satisfaction de guérir la maladie.

« Il y a quelques sujets chez lesquels, pour des raisons que l'on ne peut assigner, le mercure agit comme un poison, et il est impossible de savoir quand cet effet aura lieu avant d'en avoir fait l'essai. C'est une raison suffisante pour observer avec le plus grand soin tous ceux auxquels on donne le mercure, surtout s'ils n'en ont pas encore fait usage.

« Dans le cas de chancres primitifs, lorsqu'il existe une vive inflammation dans le voisinage, il est rarement convenable au début d'employer le mercure, parce que probablement sous son influence l'inflammation se terminera par suppuration. Cette inflammation doit alors être combattue par les saignées, les purgatifs

et les autres moyens, et il vaut mieux soigner les chancres tant bien que possible et laisser aller la maladie jusqu'au développement des symptômes secondaires plutôt que d'administrer le mercure dans de semblables circonstances.

« Dans les cas de chancre phagédénique et suppurant, là où cette condition dépend d'un mauvais état de la constitution, le mercure est toujours nuisible dans le principe; il aggrave la maladie et en favorise l'extension rapide; mais il y a des cas où l'aspect phagédénique dépend au contraire de l'action intense du virus syphilitique, et c'est là qu'il faut user du médicament.

« On voit quelquefois que le mercure, dans les symptômes secondaires, au lieu d'exercer une action favorable et d'amener la guérison, jette du trouble dans la santé générale et en même temps aggrave d'autant plus les symptômes que l'on en donne une plus grande quantité. Cela provient de ce que la constitution du malade est en mauvais état, et de causes qui ne sont ni sous votre contrôle ni sous celui du malade; il se peut aussi qu'il ait pris le mercure d'une manière peu rationnelle. On doit alors, pour le moment du moins, suspendre son usage. Le malade paraîtra se rétablir bientôt après, mais plus tard il réclamera lui-même de nouveau le médicament. Afin de rendre plus évidente cette dernière observation, je vais citer un fait. — Un jeune homme fut amené à cet hôpital avec un mal de gorge, et offrant, sur les diverses parties du corps, une éruption d'apparence syphilitique à l'état d'ulcération douloureuse. Il était amaigri et paraissait en très-mauvais état. J'appris qu'un médecin de la ville lui avait fait prendre du mercure en grande quantité et depuis au moins 5 mois. Ses gencives avaient été et étaient encore fort malades, et plus on lui avait donné de mercure plus son état avait empiré. Je lui fis cesser de suite ce traitement et me contentai de le mettre à l'usage de la salsepareille. En peu de temps l'éruption disparut, et le malade se trouva comme guéri. Au bout de quelques mois il revint à l'hôpital avec le mal de gorge et une nouvelle éruption, sans avoir pris de mercure dans l'intervalle; je lui donnai la salsepareille une seconde fois, et il éprouva de l'amélioration, mais l'éruption ne disparut pas aussi rapidement que la première fois. Je pensai qu'il serait encore imprudent d'avoir recours au mercure. Après être resté hors de l'hôpital 3 ou 4 mois, le malade nous revint une troisième fois avec un retour des anciens symptômes. J'eus recours à la salsepareille, et l'éruption s'effaça, mais plus lentement encore que dans les occasions précédentes. Pendant les derniers temps de son séjour à l'hôpital, le malade fut atteint d'un iritis pour lequel je lui fis prendre l'oxymuriate de mercure pendant un court espace de temps jusqu'à l'amélioration de l'iritis. Deux ou trois mois plus tard, l'affection générale reparut avec le même cortége de symptômes, et contraignit le malade à entrer à Lock-Hospital, c'est-à-dire 14 mois après avoir été admis pour la première fois à l'hôpital Saint-Georges. Le docteur Blair, dans le service duquel il fut placé, le soumit aux frictions mercurielles, et il sortit guéri, je pense, d'une manière permanente. Si j'avais eu recours à ce dernier traitement la première fois que le malade vint à Saint-Georges, je l'aurais probablement tué. Je pourrais mentionner ici un grand nombre d'autres cas semblables.

« J'ai dit que, dans la grande majorité des cas, le mercure était le remède par excellence pour le traitement de la syphilis, pourvu qu'il fût administré judicieusement et convenablement; on peut le faire de différentes manières. On peut le donner à l'intérieur en pilules sous forme de pilules bleues, avec la craie, sous forme de calomel associé à l'opium, de pilules de Plummer, d'iodure, de bichlorure de mercure, etc., etc. Il peut être appliqué à l'extérieur en frictions ou en fumigations.

« C'est le cas de donner le mercure à l'intérieur, sous forme de pilules, lorsque l'on désire obtenir un effet rapide, comme, par exemple, dans le cas d'iritis. Un malade atteint de cette maladie est exposé à perdre la vue, et il est important de le soumettre le plus tôt possible à l'influence du mercure, ce que l'on parvient plus aisément à faire en donnant le calomel et l'opium qu'en pratiquant des frictions.

« Dans les cas légers de syphilis, la maladie peut très-bien être guérie par l'usage interne du médicament; quelques individus se trouvent dans des conditions telles qu'ils ne peuvent le prendre autrement, soit parce qu'ils vivent avec leur famille, soit pour d'autres raisons. Il y a encore beaucoup d'autres circonstances où il est convenable ou nécessaire d'administrer ce médicament de la même manière; mais si vous me demandez quel est le moyen préférable lorsque les symptômes de la maladie ne présentent pas un caractère très-léger, je vous répondrai que les frictions sont infiniment préférables; c'est une méthode désagréable, sale, gênante, qu'il est impossible de dissimuler aux yeux des personnes au milieu desquelles on vit; mais elle offre certains avantages que voici : elle expose beaucoup moins aux tranchées et aux purgations; elle guérit beaucoup mieux la maladie, et n'attaque pas la moitié autant la constitution que lorsque le mercure est pris par la bouche. Je vais même plus loin, et je dis qu'à l'exception des cas légers de maladie, il n'existe véritablement pas d'autre mode de traitement plus propre à faire obtenir la guérison.

« On peut faire disparaître la maladie en donnant le remède à l'intérieur; mais elle pourra reparaître plusieurs fois, tandis que l'on peut la guérir complétement à l'aide d'un traitement par les frictions bien suivi. En effet, il ne suffit pas que le malade se frotte pendant quelques minutes; il faut qu'il pratique ses frictions devant le feu et pendant au moins 3 quarts d'heure pour la première fois. Peu de temps après, l'onguent pénétrera plus aisément l'économie et les frictions pourront être plus courtes. Lorsque les symptômes sont plus graves, le malade doit être renfermé chez lui, excepté peut-être pendant une ou deux heures, lorsque le temps est beau. S'il s'expose à l'air froid du dehors, il risque, comme l'a fait observer depuis longtemps M. Pearson, de détruire l'effet du mercure. Jamais on ne peut répondre d'une guérison radicale lorsqu'un malade s'expose au froid ou à l'humidité ou lorsqu'il ne suit pas une vie très-régulière sous tous les rapports.

« Rappelez-vous, chaque fois que vous administrez le mercure, que vous avez deux objets en vue : 1° guérir les symptômes présents; 2° prévenir le retour de la maladie. Il me semble qu'un grand nombre de praticiens ne dirigent leur attention que sur le premier point, et perdent trop souvent l'autre de vue. J'ai vu souvent des personnes qui, ayant pris du mercure pour un chancre, avaient été guéries en une quinzaine de jours et avaient abandonné le traitement, bien qu'il leur restât une cicatrice dure. Dans cette circonstance, sur 10 cas, il y en aura 9 où se développeront des symptômes secondaires. Si un malade prend le mercure pour des symptômes primitifs, il ne devra jamais en cesser l'usage jusqu'à ce que la cicatrice dure ait disparu, et même encore quelque temps après; et quant aux symptômes secondaires, il devra le continuer longtemps après même qu'ils auront disparu. Un homme présente une éruption sur le corps; elle disparaît sous l'influence du mercure dans l'espace d'un mois; le remède doit être continué pendant encore un autre mois, à titre de prophylactique. Un malade que l'on confine chez lui en ne le laissant sortir que pendant les beaux jours, qui pratique convenablement les frictions, que l'on surveille attentivement, et auquel on en fait continuer l'usage après la cessation des symptômes, doit, dans la majorité des cas, obtenir une guérison certaine et permanente de sa maladie. Ce n'est pas là, je le sais, la manière dont la plupart des médecins agissent aujourd'hui, mais c'est ainsi que l'on faisait autrefois. Ne supposez pas que nous ayons fait des progrès dans toutes les branches de la chirurgie; je suis certain, au contraire, que dans quelques-unes nous avons rétrogradé, et c'est ce qui a eu lieu pour le traitement de la syphilis. Je me trompe beaucoup si le traitement mercuriel mis en usage par le docteur Pearson, et qui était semblable à celui que je viens de recommander, n'était pas celui qui approchait le plus de la perfection; tout au moins obtenait-il beaucoup plus de succès que par celui que suivent les praticiens actuels.

« Je saisis cette occasion pour vous indiquer une classe d'affections dans lesquelles on peut employer les frictions mercurielles avec un très-grand avantage. Les enfants naissent quelquefois avec la syphilis, leurs parents en ayant été atteints; ils sont alors maigres, de chétive apparence, et au lieu de profiter, ils dépérissent de plus en plus. Vers la fin de la troisième semaine, leur corps se couvre d'une éruption rouge et squammeuse; la bouche présente des aphthes, les environs des lèvres et de l'anus des gerçures. J'ai essayé divers moyens de traitement pour cet état, qui indique l'affection syphilitique; ainsi j'ai fait prendre, soit aux enfants, soit aux nourrices, plusieurs espèces de préparations à l'intérieur; mais le mercure donné de cette manière aux enfants les purge violemment et leur donne des coliques; d'un autre côté, on ne peut diriger à son gré celui que l'on fait prendre aux nourrices, et en tous cas ce dernier mode est une pratique inhumaine et à peine justifiable. Voici la manière dont je me conduis dans de semblables cas : je prends une bande de flanelle dont j'oins une des extrémités avec une certaine quantité d'onguent mercuriel (une drachme ou davantage), et j'applique la bande ainsi préparée autour des genoux, répétant ce pansement chaque jour; la finesse de la peau de l'enfant et les mouvements qu'il exécute avec les jambes favorisent l'absorption du mercure. De cette manière on ne cause ni coliques ni purgations; on ne détermine ordinairement pas d'engorgement des gencives, et on obtient la guérison de la maladie. C'est ce qui m'est arrivé dans un grand nombre de cas; très-peu d'enfants guérissent par l'usage interne du mercure, tandis que je n'en ai pas vu un seul chez lequel le mode de traitement indiqué plus haut ait manqué son effet.

« Les frictions mercurielles peuvent encore être employées dans certains cas où le mercure, pris à l'intérieur, produit absolument des désordres. Un jeune homme, par exemple, avait au pénis un chancre phagédénique. On ne pouvait pas dire que sa santé fût auparavant en mauvais état, et aussi, y avait-il tout lieu de croire que la maladie s'étendrait sous l'influence énergique du virus. Le malade prit du calomel et de l'opium; les gencives se gonflèrent, le chancre acquit un plus mauvais aspect et s'agrandit, la majeure partie du gland fut détruite. La maladie ne paraissait pas vouloir s'arrêter et résistait à tous les modes de traitement, lorsqu'enfin on sou-

mit le malade au traitement par les frictions. Alors, les progrès de l'ulcération s'arrêtèrent, et elle guérit rapidement. J'ai vu beaucoup de cas semblables.

« Une autre manière d'employer le mercure est la fumigation; elle peut être faite sur une partie ou sur tout le corps. Dans ce dernier cas, le malade, étant placé dans un appareil semblable à celui des fumigations sulfureuses, on projette de l'oxyde noir de mercure sur une plaque de fer chauffée. Pour hâter l'action du médicament, on peut même faire plonger la tête dans le bain et faire inspirer la vapeur mercurielle pendant deux ou trois minutes. Cependant je reconnais sur ce dernier point la valeur de l'objection du docteur Pearson, c'est-à-dire que, par ce procédé, il est difficile de régler l'action du mercure qui affecte l'économie ou trop ou trop peu.

« J'ai déjà dit qu'il y avait des cas où le mercure ne convenait nullement, et où il y avait des raisons pour s'en passer soit tout à fait, soit pendant un certain temps. Chez quelques individus, soit dans la pratique civile, soit parmi les militaires, sous l'influence de simples soins portés à la santé générale, la maladie pourra disparaître. Un jeune homme offrait une éruption vénérienne très-prononcée; il vint à Londres, et était sur le point de commencer un traitement mercuriel, lorsqu'on le rappela à la campagne. Je l'engageai à différer tout traitement; mais, peu de temps après son séjour hors de la ville et au milieu d'un air pur, la maladie s'effaça. M. Abernethy rapporte plusieurs faits semblables dans son ouvrage, et il en conclut à tort, comme je l'ai dit, que la maladie n'était pas de nature syphilitique. Il ne suffit pas, après un traitement mercuriel, de laisser aller votre malade en le disant guéri, il est encore très-important de le remettre dans un bon état de santé; car il y a beaucoup de personnes chez lesquelles la maladie n'est pas si profondément détruite, que, sous l'influence de dérangement dans la santé, elle ne puisse reparaître, même très-longtemps après. Il convient toujours, après un long traitement mercuriel, de mettre le malade à l'usage de la salsepareille, dans le but de modifier les effets débilitants que le mercure lui-même produit sur la constitution. Je vais citer un cas qui va prouver combien la guérison dépend de l'état général de la santé. Il s'agit d'une personne atteinte de symptômes secondaires, que je soumis à l'usage des frictions, et qui fut observée avec attention pendant dix semaines. Elle prit du mercure pendant quelques autres semaines après la disparition de l'éruption, et partit, en apparence bien portante, pour Lisbonne. Au bout d'un an, elle fut prise, à la suite d'un refroidissement, d'un érysipèle fort grave. Un médecin, que le malade consulta, eut l'imprudence de lui tirer une grande quantité de sang. Un énorme abcès se forma, et ces différentes circonstances détruisirent sa santé. Alors reparurent les symptômes de l'affection vénérienne, et à un degré beaucoup plus grave que précédemment. Le malade fut traité et guéri de nouveau par l'administration du mercure. Dans les cas où les symptômes syphilitiques s'aggravent sous l'influence du mercure, on peut souvent les faire cesser par l'emploi de la salsepareille, et, dans d'autres cas, par celui de l'iodure de potassium. On a actuellement adopté ce dernier remède dans le traitement de la syphilis, et certainement, dans quelques circonstances, il produit d'excellents effets. Il convient parfaitement dans les cas où l'on a des raisons pour ne pas donner le mercure; mais si l'on me demande si j'ai la même confiance dans ce médicament que dans le mercure, je répondrai : Certes, non. On peut dompter de légers symptômes en le donnant à faibles doses pendant longtemps. On peut faire disparaître des symptômes plus graves en en augmentant la quantité; mais, dans les derniers cas, comme j'en ai été témoin, on n'obtient pas une cure permanente et on voit les symptômes se reproduire. Comme prophylactique, l'iode ne peut être comparé au mercure, bien qu'il puisse être pris, dans certaines circonstances, avec très-grand avantage.

« J'ai parlé de la nécessité d'administrer le mercure, non-seulement jusqu'à ce que les symptômes aient disparu, mais longtemps encore après. Vous me demanderez si un long traitement mercuriel n'est pas plus susceptible d'altérer la constitution qu'un traitement de courte durée. Oui certainement, et c'est précisément la raison pour laquelle il faut préférer un long traitement. Je m'explique. Si le traitement est court, la maladie récidive certainement; il faut donc le recommencer: la maladie reparaît encore et exige encore d'autres traitements. Ainsi non-seulement la constitution se trouve affaiblie par le mercure lui-même, mais toutes les fois que l'affection vénérienne se reproduit, elle prend un caractère plus grave qu'auparavant. Si, au contraire, vous soumettez de prime-abord le malade à un long traitement, vous n'aurez plus besoin d'y recourir de nouveau. Un malade, qui prend du mercure pour un chancre pendant un mois ou cinq semaines, n'aura probablement plus besoin d'y revenir; mais s'il n'use des médicaments que pendant une quinzaine de jours, des symptômes secondaires se développeront, et il sera contraint de le prendre pendant au moins six semaines, peut-être dix. De telle sorte que ce qui était un traitement court d'abord devient à la fin un long traitement.

SYPHILIS SECONDAIRE CHEZ UN ENFANT DE 8 ANS.

Dans la séance de la société médicale de Westminster, tenue le 20 avril dernier, le docteur Acton a rapporté l'observation suivante.

Une petite fille, âgée de huit ans, fut amenée le 11 avril par sa mère, au Dispensaire d'Islington. L'examen fit voir une masse de tumeurs condylomateuses, entourant complétement les bords de l'anus, et offrant à leur surface cette coloration d'un jaune particulier, ou d'un blanc chamois si caractéristique des condylomes; elles répandaient l'odeur forte et désagréable qui appartient à cette maladie. Il fut impossible de trouver aucune trace de symptômes primitifs. L'entrée du vagin et de l'hymen était intacte, et on ne remarquait aucun écoulement. Trois où quatre plaques de psoriasis furent seulement observées sur la cuisse; elles étaient très-rosées; non cuivrées, et semblaient avoir existé seulement pendant peu de jours; rien d'insolite à la langue, aux lèvres ou à la gorge. Les parents, qui vivent dans une chambre de briques, affirment n'avoir jamais eu la syphilis. Ils disent que l'enfant avait été très-bien portante jusqu'à l'âge de sept ans et demi, époque à laquelle elle avait été atteinte, disent-ils, d'un érysipèle. Ce prétendu érysipèle consistait en une éruption semblable à celle qui existe encore, et en taches rougeâtres et bleuâtres sur le corps et la tête, taches qui furent cautérisées plusieurs fois par un médecin, M. Semple, lequel déclara que l'enfant était affectée de syphilis. La guérison avait eu lieu, mais le mal s'étant renouvelé, la mère s'était décidée à amener sa fille au dispensaire. Les parents ajoutent qu'un des frères de celle-ci, âgé de douze ans, avait présenté une éruption semblable sur le corps, et des condylomes à l'anus environ un mois auparavant. Quant à la petite fille, il est impossible d'en obtenir aucun renseignement; mais la mère affirme qu'elle ne la quitte jamais, seulement ses quatre enfants, de différents âges, couchent dans le même lit; elle ne peut attribuer la maladie à aucune tentative criminelle, et elle prend constamment des soins de propreté pour sa fille. On conseilla de faire laver les parties malades avec une solution de chlorure de soude, de saupoudrer les condylomes avec du calomel, et de donner deux grains et demi de mercure et de craie deux fois par jour. En peu de jours on vit les condylomes s'affaisser et disparaître : les traces de psoriasis s'effacèrent.

Comme des faits semblables se rencontrent quelquefois, comme ils peuvent avoir de graves conséquences, et que les auteurs se taisent à leur sujet, M. Acton fait suivre la relation de celui-ci par les observations suivantes :

La première question qu'on peut se faire est celle-ci : Les condylomes sont-ils syphilitiques? Tous les chirurgiens familiarisés avec l'affection syphilitique s'accordent à répondre par l'affirmative; en effet, tandis que l'on voit les végétations accompagner les écoulements, les condylomes suivent la syphilis si fréquemment, et sont accompagnés si souvent des autres symptômes secondaires, que l'on est obligé, même lorsqu'ils apparaissent seuls, de les considérer comme une conséquence de la syphilis, bien qu'on ne puisse en trouver d'autre trace, comme dans l'observation présente. En admettant cependant que les condylomes soient en général syphilitiques, et qu'ils aient eu probablement cette origine ici, ne pourraient-ils, dans certaines circonstances, être produits par d'autres causes? Les faits et l'observation sont opposés à cette opinion hypothétique; nous avons vu des enfants atteints de toute espèce d'affections de la peau, mais rarement de condylomes, et dans tous les cas où ils se présentaient, l'affection syphilitique était ou avait été très-distincte. Si un écoulement irritant des organes génitaux, pouvait seul produire des condylomes, pourquoi les voyons-nous si rarement se montrer ensemble, quoique la négligence des parents à entretenir leurs enfants dans la propreté semble devoir y donner si souvent lieu. Quant à l'enfant, qui fait le sujet de cette observation, on doit se rappeler que chez elle, il n'y avait pas d'écoulement, et que ses parents prenaient, pour elle, des mesures de propreté, que la maladie avait reparu et s'était accrue malgré les moyens employés précédemment, et que le traitement mercuriel fit disparaître en une seule semaine presque tous les symptômes de l'affection. L'auteur examine ensuite si les condylomes étaient une forme heréditaire de l'affection syphilitique; tout le porte à croire que cela n'avait pas lieu, et qu'ils n'avaient pas été transmis par la mère sous forme secondaire non précédée d'une affection primitive; ce qui aurait été une exception à tous les cas rapportés.

Le fait présent est-il un cas de syphilis qui ait pu prendre naissance comme une affection sporadique sous l'influence et la réunion de certaines circonstances? Personne ne connaît, dans la science, de fait qui puisse donner lieu à cette supposition.

Les condylomes avaient-ils été contractés d'une autre personne? Si l'on avait vu des cas qui puissent faire penser que les condylomes, comme la gale, sont contagieux, on serait en droit de croire qu'il en était ainsi chez cette petite fille; non-seulement ce n'était pas le cas, mais tous les moyens artificiels employés par M. Acton, tels que l'inoculation avec la lancette, l'application sur des surfaces dénudées, de charpie trempée dans la sécrétion des condylomes, pour produire cette contagion ont été inutiles, de telle sorte, que l'im-

possibilité d'une semblable transmission est hors de doute.

L'enfant avait-elle jamais éprouvé des symptômes primitifs? Les informations prises auprès de la mère n'avaient produit que des résultats négatifs, et il est impossible de déterminer la nature de la maladie traitée précédemment chez cette enfant par M. Semple. Ce pouvaient être ou des ulcères primitifs, ou des condylomes, ou des symptômes primitifs et secondaires s'étant développés au même temps, de même que l'on voit des cas de syphilis primitive négligée, dans lesquels des condylomes se développent dessus et entre les ulcères primitifs; de là l'erreur des auteurs qui ont cru que les condylomes étaient contagieux en l'absence même de toute preuve d'une affection héréditaire, pensant qu'il était impossible qu'ils pussent se développer spontanément. On est obligé de croire que cette enfant a éprouvé des symptômes primitifs, et que les secondaires ou les condylomes sont une conséquence de l'affection constatée. Quant à la source de la maladie, quant aux moyens par lesquels elle a pu être transmise à la petite fille, il a été impossible de les découvrir. L'enfant n'ayant jamais quitté ses parents, on ne peut soupçonner quelque tentative criminelle de la part d'une autre personne; on doit donc seulement supposer que la petite fille a contracté la maladie à l'aide des draps du lit dans lesquels elle couchait avec les quatre autres enfants plus âgés; on se rappelle en effet, que son frère avait été atteint d'une maladie semblable, mais dont il avait été impossible aussi de trouver l'origine.

Le docteur Rayer a vu deux cas de symptômes secondaires chez des enfants, l'un âgé de cinq, l'autre de trois ou quatre ans; dans les deux circonstances, l'affection avait été transmise par voie d'hérédité, la mère en étant atteinte; mais dans plusieurs autres cas, on n'avait pas pu trouver la source de la syphilis; la susceptibilité particulière de la peau chez les enfants pourrait peut-être servir à expliquer l'origine et le mode de transmission de la maladie.

Le docteur Chance, au contraire, ne pense pas que les condylomes soient invariablement le résultat d'une syphilis primitive, mais que quelquefois, ils proviennent de la malpropreté et du manque de soins de toilette. Dans plusieurs cas semblables, les préparations mercurielles lui ont semblé ne produire aucun effet favorable.

Nous avons déjà plusieurs fois eu l'occasion de citer des faits extraits des journaux étrangers et venant confirmer les nombreuses expériences faites en France sur l'emploi de l'iodure de potassium comme médicament très-efficace dans certaines formes de l'affection syphilitique. Le point important dans cette question est de parvenir à determiner exactement dans quelles circonstances ce concurrent du mercure devra être préféré, et bien que l'on sache déjà à peu près à quoi s'en tenir à ce sujet, il n'est pas inutile de s'aider de résultats obtenus à l'étranger; c'est une comparaison toujours utile pour le médecin praticien; sous ce rapport les résumés suivants offriront quelque intérêt.

Le docteur Gusmann expérimente l'iodure de potassium depuis six ans; il l'a toujours trouvé sans efficacité dans la syphilis primitive et n'a obtenu de véritables réussites que dans la syphilis secondaire, modifiée, pour ainsi dire, par l'usage prolongé des mercuriaux. Afin de savoir si l'iodure de potassium a une action spécifique contre les maladies mercurielles non syphilitiques, M. Gusmann l'a employé chez un fondeur et deux doreurs atteints d'hydrargirose, et l'a trouvé efficace. Les phénomènes les plus constants étaient les suivants. 1° Urines plus abondantes avec sédiment abondant rouge-jaunâtre déjà, après l'emploi de six ou huit gros. 2° Augmentation de l'appétit. 3° Constipation avec sentiment d'ardeur à la gorge, mauvais goût, oppressions, vomitaritions, vomissements et souvent fièvre. Aussi M. Gusmann recommande-t-il de commencer le traitement avec un purgatif non salin qu'il renouvelle selon le besoin. 4° Taches brunes-jaunâtres semblables aux taches de l'herpès principalement à la face, et persistant même pendant plusieurs mois après la suspension du remède. L'auteur regarde l'apparition de ces taches comme un signe certain du bon effet du remède. Loin de produire l'amaigrissement, etc., comme l'iode et sa teinture, l'hydrodate de potasse semble favoriser la nutrition. M. Gusmann administre ce remède en solution : deux gros d'hydrodate de potasse dans huit onces d'eau distillée, le matin et trois heures après le repas. Chez les individus délicats il conseille de le faire prendre dans du lait de vache récemment tiré. Le régime doit être animal.

(*Filiatre Sebezio*, juillet 1844.)

TRAITEMENT DU NEEVUS VASCULAIRE.

Pour compléter ce que nous avons déjà rapporté sur les divers traitements mis en usage contre les neevi, nous allons citer en peu de mots celui que préfère le docteur Smith de Baltimore. Il trempe un fil de lin dans une solution concentrée de potasse caustique, le fait sécher au feu, et traverse la base de la tumeur avec une aiguille chargée de ce fil en la tirant lentement; il répète cette petite opération dans divers sens du neevus. Celui-ci se flétrit rapidement sans qu'aucun autre symptôme se manifeste.

Typ. Lacrampe et Comp., rue Damiette, 2.

2e ANNÉE. — 2e VOLUME. — No 4. — NOVEMBRE 1844.

ANNALES

DES

MALADIES DE LA PEAU

ET

DE LA SYPHILIS,

PUBLIÉES

Par Alph. CAZENAVE,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Médecine, etc.

Periculosum est credere et non credere.

DES BUBONS D'EMBLÉE.

(Fin.)

LES CRITIQUES ET LEURS RÉFUTATIONS.

On a vu jusqu'à présent que tous les auteurs qui ont nié le bubon d'emblée virulent se sont placés dans cette hypothèse, que ce bubon était dû à l'absorption du pus syphilitique à la surface d'un chancre, et à son transport dans un ganglion par les lymphatiques afférents. Or, cette hypothèse qui, étant admise comme vraie, n'a pu sauver la doctrine de l'inoculation d'une ruine inévitable, cette hypothèse elle-même est manifestement fausse; en sorte que, par ce fait, les inoculateurs vont être convaincus d'erreur à la seconde puissance. M. Hélot s'est chargé lui-même de fournir une partie de la démonstration de ce que j'avance ici. Je tâcherai de la compléter en ajoutant à sa discussion ce qu'il y manque de vrai et en retranchant ce qu'il y a de faux.

Voici cette discussion qui est, ainsi que cela a été dit dans l'analyse dont j'ai parlé, la partie la mieux pensée de la thèse de M. Hélot.

« Que dit la théorie physiologique? (1) Le pus d'un chancre est absorbé, il voyage le long des vaisseaux lymphatiques, dont la bouche absorbante est ouverte au sein de l'ulcère, arrive jusqu'au premier ganglion; chemin faisant, il n'a pas trouvé d'ordinaire les conditions de tissus nécessaires pour produire l'inoculation et ses conséquences; mais, dans le ganglion, sa marche se trouve ralentie, il s'arrête même, et n'ira pas plus loin; une fois là, que voulez-vous que fasse le pus virulent, si ce n'est d'enflammer le ganglion, et, d'une manière spécifique, de se mélanger au produit suppuratif de cette même inflammation adénique ou périadénique? Ainsi il s'est formé un abcès ganglionnaire de même nature que le chancre; voilà le bubon et sa théorie organicienne. C'est très-simple, très-clair. Il n'est personne qui ne puisse comprendre. Mais la preuve de toutes ces hypothèses qui l'a jamais donnée? qui la donnera? La bouche absorbante, qui l'a vue pomper le délétère? qui racontera sa première station? qui dira cette barrière infranchissable qu'il trouve sur son passage après le premier ganglion? pourquoi s'arrête-t-il en si bon chemin? Pour avoir le droit d'expliquer la formation du bubon virulent par l'absorption lymphatique, il faudrait nous montrer les lois de la physiologie dans l'accomplissement de ce phénomène pathologique. Que se passe-t-il donc lorsqu'une sub-

(1) Je ne sais pas trop quelles sont les raisons qui portent l'auteur à qualifier du nom de *physiologique* la théorie à laquelle il fait allusion; mais ne nous préoccupons pas des mots.

stance quelconque, susceptible d'être absorbée, est placée dans les conditions nécessaires pour que ce phénomène ait lieu? Que cette substance soit placée sur la peau dépouillée de son épiderme, dans le tissu cellulaire sous-cutané, sur une plaie ancienne, qu'elle soit ingérée dans l'estomac, injectée dans le gros intestin, mélangée à un corps gras pour être étendue sur la peau, peu importe; si l'absorption se fait; il y a transport de cette substance jusque dans le torrent circulatoire, qui ensuite, la porte et la distribue à tout l'organisme; et s'il en doit résulter une perturbation, elle ne se fait pas longtemps attendre; *la rapidité avec laquelle s'accomplit l'absorption est connue.* »

Disons, en passant, que si la rapidité avec laquelle l'absorption s'accomplit est connue, ce qui ne l'est pas moins, c'est le temps que certaines substances, particulièrement les virus, mettent à produire leurs effets. Des expériences précises ont démontré que le virus rabique pouvait les déterminer assez fréquemment trois et quatre mois après avoir été inoculé; et un fait malheureux, observé sur l'homme l'année dernière, a fait voir que celui-ci pouvait devenir hydrophobe un an après avoir été en contact avec un animal affecté de la rage. Toutes les maladies contagieuses offrent d'ailleurs des exemples d'incubations très-longues. Je ne fais ici que poser ce fait parfaitement incontestable et incontesté; il nous servira plus tard, sans que nous soyons obligés d'expliquer pour cela pourquoi il en est ainsi.

« Pourquoi donc les accidents de l'absorption du pus sont-ils si lents à se produire, qu'on ne les voie survenir que dix, trente ou quarante jours après que l'absorption a dû se faire? pourquoi ensuite cette absorption ne se fait-elle pas d'une manière incessante, et ne produit-elle pas d'une manière continue son action délétère, puisque les bouches absorbantes restent là pour absorber; que leur action n'est point intermittente, et que le virus à prendre attend toujours qu'il leur plaise d'exercer cette fatale succion? »

Maintenant il me reste à dire que toutes ces réflexions sont parfaitement justes et viennent combattre les idées que les inoculateurs se font de l'absorption, autant qu'elles appuient les idées contraires, auxquelles, d'ailleurs, la connaissance d'une saine physiologie donnerait déjà une probabilité qui approcherait de la certitude. On a déjà vu, par ce qui précède, que les inoculateurs étaient obligés de soutenir une opinion contraire à tout ce que nous connaissons en physiologie normale et pathologique, en affirmant que le virus syphilitique, une fois imprégné dans les tissus, y restait en repos, en dépit de la force absorbante, si aveugle pourtant et si générale. Mais ce n'était là qu'une première hérésie physiologique, qui en entraînait nécessairement une autre, celle de placer l'absorption du virus après que les chancres avaient déjà acquis leurs propriétés spécifiques, c'est-à-dire à la période de suppuration. Or, pour les raisons que M. Hélot a indiquées, et auxquelles on peut joindre celles de l'analogie, il est évident que cette manière de voir est complétement inadmissible. Que voudriez-vous que devinssent tous les malheureux variolés si, à la période de suppuration, c'est-à-dire de spécificité, l'absorption s'exerçait sur toutes les pustules varioliques? Évidemment pas un ne résisterait à une action fonctionnelle aussi fatale. N'est-il pas évident, au contraire, qu'à cette période le travail est uniquement éliminateur, et n'a d'autre but que de purifier l'organisme du principe morbide qui l'infecte? Cette considération ne suffirait-elle presque pas à elle seule pour prouver que la syphilis ne diffère pas, sous ce rapport, de la variole, et que ses divers symptômes (chancre, blennorrhagie, ou bubon, peu importe) sont le résultat d'une infection qui s'accomplit à l'instant même du contact du virus, ou pendant les quelques moments qui le suivent? Cette manière de voir est encore appuyée par ce fait, admis et même exagéré par les inoculateurs eux-mêmes, à savoir que le bubon ne se manifeste assez souvent que longtemps après l'apparition du chancre, ou même quand ce dernier est entièrement cicatrisé. Il paraît absurde de croire qu'une fonction aussi importante, aussi générale, aussi aveugle que celle de l'absorption, ne s'exerce, en quelque sorte, qu'au hasard. Les inoculateurs, il est vrai, peuvent répondre à cela que le virus doit exiger plus ou moins de temps, suivant les individualités, pour produire son action sur les *ganglions*; mais cette réponse suppose que le virus peut rester stationnaire dans l'intérieur des vaisseaux, et cette supposition, ainsi que l'a fait remarquer M. Hélot, est évidemment contraire à la réalité.

Enfin, je l'ai déjà dit, les inoculateurs

supposent que l'absorption se fait exclusivement par les lymphatiques, et une semblable opinion est aujourd'hui un grossier anachronisme. Si l'on admet que le virus est absorbé, on ne peut pas nier que les veines ne participent à l'absorption, et, par conséquent, qu'il y ait de prime abord infection de tout le système.

« Quand nous avons étudié le développement et le progrès du chancre, puisqu'il existe toujours des tissus sains que peut envahir le pus virulent, nous n'avons pu comprendre, si la maladie se trouve dans le pus infectant, comment les chancres ne s'étendaient pas indéfiniment, et comment il ne se faisait pas des inoculations successives, et de proche en proche, jusqu'à ce qu'enfin il ne restât plus rien qu'un chancre sans pâture? Pourquoi donc un bubon une fois produit, n'en survient-il plus d'autre, et indéfiniment?

« Mais quoi, me dira-t-on, de ce que le phénomène n'est pas complet dans le cas particulier qui nous occupe, de ce que le pus virulent n'est point charrié par les vaisseaux lymphatiques jusque dans le système veineux et au delà, s'ensuit-il qu'il n'arrive pas par cette voie jusqu'au premier ganglion, où il s'arrête? Et d'abord, c'est que je ne comprendrais pas qu'il s'y arrêtât. D'ailleurs, quand bien même on admettrait au sein du ganglion ce qu'on a appelé la digestion du pus, ce mystérieux point d'arrêt, la difficulté n'est que reculée; car ce ganglion deviendra lui-même un chancre, d'où une nouvelle source d'absorption; si peu de chemin que fasse ensuite le virus, d'encore en encore il faudra bien que nous arrivions, si tel est le mécanisme de la formation du bubon, à constater l'infection de tout le système lymphatique. Mais fort heureusement qu'il n'en est rien.

« De deux choses l'une : s'il existe un chancre, ou bien le pus de ce chancre, absorbé, transporté jusque dans le ganglion, sera la cause de la phlegmasie qui s'y développe; ou bien, le ganglion, subissant par retentissement l'inflammation préalable, ne recevra que secondairement le virus que les lymphatiques viendront ensuite lui apporter. Quelle que soit l'hypothèse admise, la question n'en reste pas moins embarrassante.

« Et d'abord, nous ne pouvons pas admettre que ce soit toujours le pus absorbé qui produise l'inflammation ganglionnaire. Car il existe, et c'est incontestable, des bubons simples, non virulents, qu'on a désignés sous le nom de sympathiques, qui ne prennent à aucune période de leur durée le caractère chancreux. »

Qu'il existe des bubons qui à aucune époque de leur durée ne prennent pas l'aspect chancreux, c'est là un fait indubitable; mais que ces mêmes bubons ne soient pas de nature syphilitique, qu'ils ne se développent pas sous l'influence directe du virus vénérien, c'est ce qu'on ne saurait affirmer d'une manière aussi positive sans sortir des limites tracées par les faits. Certains bubons ne peuvent-ils pas se rapprocher jusqu'à un certain point des accidents secondaires, ne peuvent-ils pas constituer un lien intermédiaire entre ces derniers et les accidents primitifs et participer tantôt plus des uns, tantôt plus des autres? Pour ma part je suis fortement porté à l'admettre en considérant combien, d'une manière générale, l'époque de leur apparition diffère à la fois, et de celle des accidents secondaires et de celle des accidents primitifs, tout en se rapprochant beaucoup plus de ces derniers. Dans tous les cas, en attendant que les faits permettent de juger la valeur de l'hypothèse que j'émets ici, il est au moins impossible de considérer l'hypothèse contraire comme démontrée.

« Mais lorsque le bubon est virulent, quel est le premier phénomène qui se passe dans le ganglion? Est-ce l'arrivée du pus qui cause tant de mal? Est-ce, au contraire, l'inflammation préalable qui a prédisposé le ganglion à recevoir l'inoculation du pus que lui apporte l'absorption?

« Si, pour le bubon virulent, le premier phénomène est l'absorption du pus, comme ce pus a la propriété inoculable, pourquoi n'inocule-t-il pas toujours tout le trajet parcouru? Comme, d'autre part, nous avons supposé que le pus seul agissait dans le développement des phénomènes, rien ne peut s'opposer à l'avancement du pus dans les vaisseaux lymphatiques; car le pus, à chaque pas qu'il fait, doit nécessairement rencontrer successivement chacun des points du lymphatique dans des conditions semblables à celles où se trouvait l'ouverture qui a permis son introduction. En conséquence, son arrêt est impossible, il faut de toute nécessité qu'il parcoure tout le cercle; il n'y a pas de raison pour qu'il s'arrête. On ne pourra point invoquer, en effet, l'inflammation périadénique plastique qui oblitère les vaisseaux, ferme les issues; car, dans l'hypothèse, l'inflammation n'existe point encore, elle ne sera que consécutive. »

On ne peut reprocher à ces derniers paragraphes que de répéter sous trop de formes le même argument, lorsqu'une seule de ces formes était suffisante pour

entraîner la conviction de tout lecteur intelligent.

« Si la maladie est tout entière dans le pus virulent de manière que chaque organe qui doit être affecté ne puisse devenir malade qu'à la condition d'avoir reçu une parcelle de ce poison, pourquoi, puisque ce poison peut et doit s'insinuer partout, la maladie a-t-elle des siéges de prédilection? Le premier ganglion, où aboutissent les vaisseaux afférents, est ordinairement le seul qui se prenne : quelle explication pourrait-on donner de ce fait? (1). Car, après tout, si on dit que l'inflammation consécutive est nécessaire pour que l'inoculation puisse se produire, comme cette inflammation est nécessairement sous la dépendance du pus absorbé, pourquoi ne se développe-t-elle point partout, et ne rend-elle point l'inoculation de tout le système lymphatique possible, puisque le pus a passé partout?

« M'objectera-t-on que le pus absorbé passe avec trop de rapidité dans les lymphatiques pour avoir le temps d'agir; mais que, ralenti dans sa marche au sein du ganglion où il se dissémine et s'épuise, en quelque sorte, il n'est pas étonnant que ce soit là seulement que se produise d'ordinaire l'inoculation? Je répondrai que la rapidité du passage, dans quelques cas rares il est vrai, n'est point un obstacle à l'infection du lymphatique, puisqu'on observe encore quelquefois la lymphite virulente. Mais, après tout, sur quoi repose ce prétendu ralentissement dans la marche du pus au sein du ganglion? Ce ralentissement ne saurait différer de celui qu'éprouverait toute autre substance absorbée. Or, a-t-on jamais pensé que les ganglions pussent suspendre le cours du liquide chargé des produits de l'absorption? Enfin, qu'entend-on par cette dissémination et cet épuisement du pus dans le ganglion.

« Le pus ne sort pas des conduits où il est contenu; il est sans cesse poussé par un nouveau liquide; il ne peut donc se perdre, s'épuiser, il ne peut qu'avancer. En vérité, il faudrait avoir l'esprit bien facile pour se contenter de l'explication que nous combattons.

« On a dit encore que le pus absorbé ne s'arrêtait qu'alors qu'il rencontrait les conditions de tissus nécessaires à la production du chancre; mais comme le pus n'est pas doué de spontanéité, il pourra bien, en rencontrant un tissu apte à recevoir l'inoculation, la produire; mais son action sera consécutive à son passage, et cela n'empêchera pas que le pus qui n'aura pas été employé à produire l'inoculation ne doive continuer son chemin. Et pourquoi, dès lors, ne rencontrera-t-il plus ces conditions nécessaires à l'infection locale? Les tissus qu'il parcourt sont les mêmes. Qui peut donc s'opposer à la production de ce travail morbide? La nature du pus est-elle changée? Non, assurément; en se mélangeant à une plus grande quantité d'un liquide neutre, perd-il sa propriété inoculable? Soit, mais ce nouveau chancre, comme nous l'avons dit plus haut, ne deviendra-t-il pas une nouvelle source d'absorption?

« Ainsi donc, il est impossible d'admettre que le développement de l'inflammation spécifique dans le ganglion soit dû à l'arrivée du pus qu'apporte l'absorption.

« Voyons maintenant si, l'inflammation préalable du ganglion étant admise, la nature virulente du bubon peut être expliquée par l'absorption du pus virulent consécutive à cette même inflammation dont il ne fait que modifier la nature. Dans cette hypothèse, quelle serait la pathogénie du bubon? Le chancre existant serait l'occasion d'une lymphite plus ou moins appréciable, et d'une adénite en tout point semblable à celle qui résulte d'une écorchure au pied, par exemple. L'inflammation périphérique du ganglion deviendrait la barrière qui enfermerait dans le ganglion le pus virulent, qui lui serait apporté par voie d'absorption. Très-bien : l'inflammation périadénique ferme les issues en oblitérant les vaisseaux, et force ainsi le ganglion à opérer la *digestion* du pus; mais pourquoi donc cette même inflammation ne serait-elle point admise auteur du chancre primitif? Et puisqu'il est incontestable qu'elle existe toujours à des degrés variables, il est vrai, d'où lui viendrait la malheureuse impuissance d'oblitérer cette fois les bouches absorbantes trop avides de ce délétère?

« Du reste, si le bubon virulent s'explique par l'absorption du pus, comment expliquera-t-on le bubon non virulent (1), si ce n'est par absence de toute absorption? Or, qui pourrait empêcher cette absorption? Le pus n'a point changé de nature, il est au contact des bouches absorbantes tout comme dans le cas où l'absorption a lieu, et cependant elle ne se fait

(1) Il n'y a aucune explication à donner jusqu'à ce qu'il soit positivement établi, car jusqu'à présent c'est encore là une hypothèse que la doctrine de l'inoculation a acceptée et proclamée, sans se donner la peine d'en démontrer la réalité. Les adversaires de l'inoculation n'auraient assurément rien à redouter de l'exactitude d'une semblable hypothèse, mais enfin, cette exactitude n'étant pas prouvée, il faut chercher à la prouver avant de chercher à l'expliquer.

(1) Je me suis déjà expliqué sur la réalité des bubons *sympathiques* survenant dans le cours de la syphilis. Cette réalité étant encore pour le moins problématique, les arguments fondés sur elle se trouvent non avenus; mais il en reste heureusement plus qu'il n'en faut pour démontrer la réalité de l'opinion de mon collègue, touchant le rôle des lymphatiques dans la production des bubons.

pas. C'est, répondra-t-on, que l'inflammation a produit l'oblitération des vaisseaux. Mais si cette inflammation peut oblitérer les vaisseaux d'une manière constante autour des ganglions, si elle les oblitère toujours dans les cas de bubons sympathiques, comme d'autre part elle existe toujours autour de l'ulcère primitif, quelle peut être la cause qui fait que la même inflammation ait la propriété d'oblitérer ou de ne pas oblitérer?

« Ainsi, en admettant que l'inflammation puisse seule mettre obstacle au phénomène d'absorption dans la formation du bubon sympathique, on se trouvera dans la nécessité de rejeter l'explication donnée pour le bubon virulent: car cette inflammation est inséparable de l'ulcère. Si, au contraire, on admet que cette inflammation n'est point un obstacle à l'absorption, l'absorption pouvant toujours se faire, on ne comprendrait pas qu'il y eût des bubons virulents et d'autres qui ne le seraient pas.

« Il est encore un point de l'histoire des bubons qui mérite un examen particulier au point de vue de la pathogénie. Ainsi, les bubons, bien que virulents, ne sont pas toujours inoculables le premier jour. J'ai lu avec grand soin les trente observations de bubons virulents dont M. Ricord a pratiqué l'inoculation.

« Vingt fois, l'inoculation a été pratiquée le jour même de l'ouverture; huit fois le résultat fut positif et donna la pustule caractéristique du chancre, et douze fois l'inoculation, ayant manqué, a dû être renouvelée les jours suivants, pour donner la pustule caractéristique.

« Comment expliquer que des bubons virulents puissent fournir un pus inoculable, tantôt dès le premier jour de l'ouverture, tantôt seulement au deuxième ou au troisième jour? M. Ricord a dû nécessairement chercher l'explication d'un phénomène aussi extraordinaire. D'où vient cette différence dans la propriété inoculable du pus de bubons virulents! M. Ricord a cru en trouver la raison dans le fait même de l'absorption. Le pus absorbé, a-t-il dit, amène la suppuration du bubon, mais l'inflammation ganglionnaire détermine dans le tissu cellulaire ambiant, périphérique, une inflammation dont la marche peut être rapidement suppurative. La suppuration ganglionnaire est seule virulente, puisque le ganglion seul s'est trouvé au contact du pus infectant. L'inflammation périphérique, n'étant qu'une inflammation de contiguïté, ne participe pas d'abord à la nature virulente du pus ganglionnaire; mais lorsque la coque ganglionnaire est rompue, que le mélange des deux pus s'est effectué, le pus virulent conserve ou perd sa propriété inoculable, suivant les proportions du mélange. Et lorsque l'évacuation de la collection est faite, le pus virulent transforme en chancre la surface du foyer; dès lors il ne sort plus qu'un pus identique, et l'inoculation a toujours un résultat positif. »

Bien que j'aie déjà fait mes réflexions dans mon premier travail sur le fait auquel M. Hélot fait ici allusion, il ne sera peut-être pas inutile d'y insister ici de nouveau, car c'est certainement l'un des plus intéressants de l'histoire de la syphilis, le plus intéressant sans contredit qu'ait mis en saillie l'inoculation, et l'un de ceux qui prouvent le mieux l'inanité des efforts qu'ont été obligés de faire les inoculateurs pour soutenir une doctrine aussi fausse dans ses détails que dans ses principes généraux. L'explication qu'on a donnée de ce fait ne repose pas seulement sur une hypothèse, elle repose sur une grave erreur d'observation : il ne faut pas une longue expérience pour s'assurer que dans le foyer d'un bubon il est impossible de distinguer le pus qui vient du ganglion de celui qui est fourni par le tissu cellulaire environnant, et je suis porté à croire qu'il y a plus que de l'illusion à soutenir le contraire.

Et puis voyez la logique des inoculateurs: selon eux le pus virulent corrode avec rapidité les tissus ; dans un bubon il y a deux foyers d'inflammation, l'un virulent, l'autre lymphatique, et il se trouve que celui qui renferme l'agent ulcérant par excellence s'ouvrirait justement après l'autre ; on voit que toute cette laborieuse construction d'hypothèses s'écroule devant le plus simple raisonnement. Maintenant cette particularité intéressante des bubons suppurés peut-elle s'expliquer plus rationnellement avec les théories philosophiques qu'avec la doctrine de l'inoculation ? Il serait assurément impossible de dire par quels phénomènes intimes l'ulcère vénérien qui secrète aujourd'hui un pus non inoculable sécrétera un pus inoculable demain ; mais si l'explication du fait est embarrassante, le fait lui-même ne manque pas d'analogues dans l'histoire des maladies virulentes dont les lésions ne sécrètent le principe morbide que pendant un certain temps de leur durée : c'est ainsi que le produit de la sécrétion vaccinale ne devient inoculable que le quatrième jour. Ce sont là des faits que les *vaccinologues* n'ont pas pu s'expliquer, ce qui n'a pas été pour eux un prétexte pour les méconnaître, ou en donner une explication illusoire.

« Certainement, cette explication, dans l'hypothèse de l'absorption est très-admissible, et je comprends très-bien que M. Ricord s'y soit arrêté. Mais cependant M. Ricord nous permettra de dire qu'elle laisse bien quelque chose à désirer, qu'elle repose tout entière sur une hypothèse qui est bien loin d'avoir *le degré de certitude* que les auteurs lui attribuent. Du reste, pour admettre même l'explication de M. Ricord, nous ne sommes pas obligés d'admettre l'absorption. En effet, le chancre produit bien des abcès, des lymphites qui ne sont pas virulentes (1), pourquoi un bubon virulent ne déterminerait-il pas à son pourtour. dans des ganglions, dans le tissu cellulaire ambiant, une inflammation non virulente, et qui ne le deviendrait que de la manière dont nous avons parlé plus haut. Ainsi l'explication du fait serait-elle la seule admissible, que l'absorption resterait encore en question. sans que du fait même on puisse rien conclure en sa faveur; et, quand bien même nous admettrions cette absorption du virus, elle ne nous expliquerait point encore la maladie. »

Le lecteur est maintenant édifié sur l'opinion que M. Hélot se fait de la théorie de l'inoculation relativement aux bubons d'emblée : il est impossible de réunir plus d'efforts pour démontrer que cette théorie est radicalement fautive, et que les bubons se forment par un tout autre mécanisme, que le transport du pus virulent dans le ganglion à l'aide des lymphatiques afférents. Ce préambule important nous aidera à juger la critique que M. Hélot a bien voulu faire de mes observations.

« Comme réflexion générale, je dirai que nous sommes loin de trouver dans ces observations la précision et l'exactitude désirables. Pourquoi donc mon estimable collègue s'est-il, cette fois, départi de cette observation minutieuse, nette, précise, qui montre à tout le monde comment on a procédé à l'examen, quelles précautions on a prises pour n'être point trompé, qui décrit avec une scrupuleuse rigueur tout ce qui est relatif à la maladie? ici, *nous ne retrouvons même pas la description de l'ulcère chancreux*. Cependant, nous savons que M. de Castelnau, par des sentiments que nous nous empressons de louer, s'est plusieurs fois inscrit contre l'inoculation artificielle comme moyen de diagnostic, inoculation qu'il juge dangereuse et inutile.

« C'était, ce me semble, une raison de plus pour insister davantage sur l'évolution, la marche, la durée, les caractères anatomiques, les qualités du pus, etc., etc. Dans ces caractères bien appréciés, développés avec le talent qui caractérise notre ami, même en l'absence de l'inoculation artificielle, j'en suis sûr, M. de Castelnau aurait trouvé de quoi convaincre M. Ricord lui-même, que le bubon était réellement un chancre (1), tandis qu'aujourd'hui, nous nous trouvons placés dans la nécessité de convenir, qu'en l'absence de toute description qui eût établi la conviction, on ne peut considérer ces faits que comme des allégations qui méritent examen, sans doute, qui doivent motiver de nouvelles recherches, mais non comme des preuves de l'existence du bubon d'emblée. Ne pourrait-on pas, en effet, demander en quoi consistait l'aspect chancreux? Peut-on admettre que dire: *L'ulcération conserve l'aspect chancreux, elle s'est étendue, est devenue plus douloureuse... l'aspect chancreux persiste... il n'y a plus d'aspect chancreux...*, c'est là donner la description méthodique du chancre?

« La première observation nous prouve que M. de Castelnau a cru à la nature chancreuse du bubon; et attacherait-on au témoignage de M. de Castelnau la plus large confiance, ce que nous serions, du reste, tout disposé à faire, ce ne serait toujours qu'une preuve de présomption et non une preuve matérielle.

« L'induration signalée dans la première observation pourrait bien n'être que le résultat de l'application de la solution caustique de sublimé, qui produit quelquefois l'induration à ce point qu'*elle* a été donnée comme preuve du peu de valeur de l'induration dite *huntérienne* du chancre. »

Je ne sais trop qui a pu donner l'accident produit par l'application de moyens caustiques, soit du sublimé, comme preuve du peu de valeur de l'induration huntérienne ; mais ce que je puis affirmer c'est que celui qui a produit cet argument a fort mal observé l'induration chancreuse et celle qui peut suivre l'application du vésicatoire avec la solution du sublimé. Cette dernière en effet est toujours très-peu

(1) Il en est des lymphites non virulentes, comme des bubons sympathiques de la syphilis, c'est-à-dire que leur existence est encore à prouver.

(1) Je ferai voir dans un instant que si ce n'est pas là une insinuation malicieuse pour surprendre la religion du lecteur, c'est au moins une singulière illusion et une flagrante contradiction : non-seulement M. Ricord (et j'ai rapporté ses propres paroles) nie très-explicitement que l'on puisse établir le diagnostic rigoureux du bubon autrement que par l'inoculation; mais encore mon honorable critique *lui-même* se charge de prouver que lui-même partage cette opinion, du moins lorsqu'il s'agit de me réfuter; car quant à sa véritable opinion, il est fort difficile pour ne rien dire plus, de la démêler à travers les contradictions que l'on rencontre à chaque pas dans son travail.

prononcée, bornée à l'épaisseur de la peau, avec peu ou point de coloration des tissus indurés; l'autre a des caractères opposés sur lesquels je n'ai pas besoin d'insister ici parce qu'ils sont assez connus du lecteur; ajoutez à cela que l'induration n'a pas ici servi d'*unique* moyen de diagnostic, mais qu'au contraire elle n'est venue qu'en confirmation de l'ensemble des autres caractères syphilitiques, et vous aurez le poids exact de l'objection de M. Hélot. Ne quittez pas surtout ce paragraphe sans remarquer que M. Hélot nie déjà la valeur de l'induration, comme signe diagnostique des ulcères vénériens.

« Dès lors on voit combien il était important d'assigner à l'ulcère en question des caractères précis.

« Dans la deuxième observation, *les bords taillés à pic* ne peuvent constituer un caractère qui établisse l'existence du chancre; car ils peuvent être le résultat de la potasse caustique. J'en dirai autant du caractère d'*induration* qui pouvait n'être que l'effet de la cautérisation. Le *fond gris* d'un abcès, *au premier jour de l'ouverture* par la potasse, prouve que l'abcès n'est point détergé, mais non qu'il soit chancreux. »

On sait ce que j'ai répondu au sujet de cette objection au critique de la *Gaz. Médic.* Je n'ai donc pas à y revenir ici; j'ajouterai seulement deux remarques qui concernent M. Hélot en particulier: la première, c'est que le fond gris du bubon n'existait pas seulement *au premier jour de l'ouverture*, mais au moins pendant 8 jours après cette ouverture, et cela avec cette condition que l'aspect chancreux se conservait tandis que l'ulcère *s'étendait*. On pourrait demander à M. Hélot quelle idée il se fait de la *détersion* des abcès; mais je doute que cette question tournât au profit du lecteur, et j'aime mieux passer à la seconde remarque qui est celle-ci: après avoir contesté la valeur de l'induration, M. Hélot, allant *crescendo*, conteste maintenant celle de la couleur de l'ulcère et de la configuration de ses bords. Ainsi voilà, selon M. Hélot, que ni l'aspect grisâtre particulier, ni la découpure nette et brusque des bords, ni la rougeur et l'induration de la marge de l'ulcère ne sont des symptômes suffisants de diagnostic. Passons à d'autres caractères.

« Ces observations me paraissent donc laisser trop à désirer pour qu'on puisse leur attribuer l'importance que l'auteur y attache. On peut sans doute trouver dans l'évolution du chancre un moyen de diagnostic en dehors de l'inoculation artificielle; mais encore faut-il, pour conclure à l'existence du chancre, des caractères positifs qui entraînent la conviction, et ces caractères nous manquent dans les cas que nous venons de citer. Aussi pour nous ces faits ne sont-ils point une démonstration.

« Pour la troisième observation, qui cependant n'est guère plus complète que les deux autres, nous ne contesterons pas la nature chancreuse du bubon, bien que cependant toute pustule, toute ulcération se développant au voisinage d'un bubon ne soit pas nécessairement un chancre. De telle sorte qu'on serait tenté de demander à l'auteur de ce mémoire pourquoi il ne nous a pas dit ce qui avait établi sa conviction sur la nature chancreuse, car, encore une fois, affirmer un fait n'est point en donner la preuve.

« Dans ses observations, M. de Castelnau indique approximativement l'époque du dernier coït. J'avoue que je ne saurais attacher grande valeur aux inductions qu'on pourrait en tirer, car rien ne dit que ce soit le dernier coït qui ait été le coït infectant. Ne sait-on pas qu'un chancre peut exister longtemps dans le vagin, sur le col, à la fourchette ou partout ailleurs, sans que sa présence soit accusée par la douleur? »

Je ne saurais en aucune façon partager l'avis de mon honorable collègue, et je crois, contrairement à lui, qu'il n'y a pas d'autre moyen de prouver un fait que de l'affirmer et de le faire affirmer par d'autres; mais je dois avouer que dans l'espèce il ne s'agissait pas seulement d'un fait pur et simple, mais d'un fait qui était le résultat d'un jugement; or un jugement ne doit pas effectivement être affirmé, mais prouvé; aussi est-ce là ce que je me suis efforcé de faire; nos lecteurs pourront bientôt juger si j'ai réussi. En attendant je noterai que M. Hélot semble mettre en doute la nature des pustules qui se sont développées autour du bubon sous le prétexte que toute pustule qui se développe au voisinage d'un bubon, n'est pas nécessairement chancreuse; ceci est exact, et c'est précisément parce que je suis pénétré de cette vérité que j'ai eu soin d'ajouter la description de l'ulcère qui a succédé à la pustule, précaution qui me dispense de toute gratitude pour l'apparente générosité dont M. Hélot semble user en m'accordant

que ces pustules étaient réellement chancreuses. Je ferai même remarquer à cet égard que parmi les innombrables pustules que M. Hélot a pu rencontrer dans l'ouvrage de son maître, aucune ne contient d'autre description que : pustule caractéristique, ce qui n'empêche pas mon honorable collègue de regarder ces observations comme parfaitement concluantes, tant il est éternellement vrai que,

Suivant que vous serez puissant ou misérable,
Les jugements de tous vous rendront blanc ou noir.

D'un autre côté je ne pense pas qu'on sache en effet qu'un chancre puisse exister *longtemps sur le col*, je ne dis pas sans provoquer de la douleur, mais d'une façon quelconque : on sait au contraire d'une manière *très-positive*, et je m'étonne que M. Hélot ignore ce fait, que les chancres du col perdent très-rapidement leurs caractères spécifiques ; mais là n'est que le point accessoire; le point capital, c'est que, suivant M. Hélot, le dernier coït ne serait pas le coït infectant, lequel remonterait au moins à quelques semaines (quelques jours de plus ou de moins étant très-négligeables dans la question, attendu qu'avec la meilleure volonté, on ne peut admettre qu'un chancre puisse naître, vivre et mourir dans l'espace de 15 jours sans laisser absolument aucune trace), lequel remonterait, dis-je, au moins à quelques semaines au delà du dernier. Ainsi je suppose deux coïts dont l'un se fait le 1er janvier, l'autre le 15 ; pendant les quinze jours qui ont suivi le premier il ne s'est manifesté aucun symptôme appréciable pour la malade; huit jours après le dernier il se déclare un écoulement suivi bientôt de douleurs en urinant, puis de bubons aux aines ; connaissant la marche habituelle de la syphilis, vous seriez peut-être porté à attribuer l'infection au dernier coït ; mais vous commettriez une grave erreur, il est évident pour M. Hélot que c'est le premier qui a causé tout le mal. Vous serez étonné sans doute que M. Hélot, qui nie l'incubation syphilitique, puisse professer une semblable opinion, et vous aurez tort, car à l'aide d'une certaine logique il n'y a rien de si évidemment contradictoire qui ne se puisse parfaitement concilier.

« Dans ces trois observations, je trouve la dureté des bords signalée comme caractéristique. Mais cette induration aurait été spécifique, et, dans aucun cas, les malades n'auraient présenté de symptômes secondaires ; j'ai peine à le croire. En effet, ces malades sont restés assez longtemps à l'hôpital pour qu'on ait pu constater les affections secondaires s'il y en avait eu. On sait, en effet, qu'alors qu'il n'y a point de traitement mercuriel, les symptômes secondaires se montrent ordinairement dans les six semaines qui suivent l'induration d'un chancre. »

Ce nouvel *on sait* peut être classé dans la même catégorie que celui relatif aux chancres du col qui *persistent longtemps :* il est fondé sur cette opinion gravement erronée, que tout chancre induré est suivi dans les six semaines de symptômes secondaires, s'il n'est pas traité par le mercure. C'est là une de ces erreurs que la légèreté et l'instinct d'imitation peuvent seules entretenir ; car sans parler de mes observations et de plusieurs autres qui en démontrent la fausseté, M. Hélot, s'il s'en était donné la peine, aurait pu en trouver de semblables dans l'ouvrage de son maître, et notamment la dernière de celles que je lui ai empruntées pour faire mon travail : on voit dans cette observation qu'un individu qui entra à l'hôpital avec une induration chancreuse en sortit, sans avoir fait de traitement mercuriel, après un séjour de deux mois moins 5 jours, et cela sans avoir été nullement atteint de symptômes secondaires. Mais dans certains ouvrages les observations semblent avoir été placées plutôt en guise d'ornement, que comme les bases sur lesquelles doit s'appuyer la partie dogmatique du travail.

« Ces observations ne nous disent pas qu'il y ait eu un traitement mercuriel prescrit, ne parlent point d'accidents constitutionnels, et nous mettent presque en droit de conclure que l'induration signalée n'était point spécifique. Ainsi donc nous ne pouvons voir dans les faits de M. de Castelnau autre chose qu'une affirmation par laquelle l'auteur déclare avoir cru trouver une preuve en faveur de l'existence du bubon d'emblée. Sans doute ceux qui connaîtront M. de Castelnau attacheront beaucoup d'importance à son témoignage ; mais encore a-t-on le droit d'exiger quelque chose de plus.

« Dans les trois cas cités les malades étaient affectés de blennorrhagie antérieure au développement du bubon. M. de Castelnau n'a pas trouvé dans son exploration de chancres à bords arrondis, taillés à pic, décollés,

à fond grisâtre; mais croit-il être bien sûr qu'un chancre superficiel n'a pu échapper à son investigation; jusqu'au jour où l'auteur a cru pouvoir affirmer la nature chancreuse du bubon, un seul examen a été fait, et cependant il faut convenir que cet examen est assez difficile pour qu'on doive y revenir à plusieurs fois. C'est souvent pour n'avoir pas regardé à plusieurs reprises qu'on n'a pas vu un chancre qui eût tout expliqué? Enfin, serait-il impossible d'admettre qu'une exulcération superficielle inoculable ait pu guérir avant l'examen? Est-ce beaucoup préjuger que d'affirmer, en présence de faits si exceptionnels, et qui du reste laissent tant à désirer, le fait général, surtout quand on sait toutes les causes d'erreur qui peuvent nous écarter de la vérité. »

J'ai tant de fois déjà répondu à cet argument du chancre larvé, que je ne me sens guère le courage d'y revenir encore. Je ne me lasserai pas cependant de répéter que c'est là un parti pris d'avance pour couper court à toute espèce d'observation, une négation anticipée de tous les faits à venir qui pourraient paraître réfractaires à la doctrine de l'inoculation. On a déjà vu, à propos de l'observation de bubon avec chancre du col de l'utérus, que les inoculateurs, malgré tous les soins qu'ils peuvent mettre à recueillir les faits qui, comme celui dont il s'agit, les intéressent au plus haut degré, aiment mieux cependant déclarer qu'ils ont mal regardé, que d'abandonner les faux principes qu'ils soutiennent; préférant ainsi le reproche d'avoir de mauvais yeux à celui d'avoir un mauvais esprit. Or si les inoculateurs condamnent au besoin leurs propres observations, on sent bien qu'on ne peut guère exiger d'eux qu'ils soient plus scrupuleux envers celles des autres : il faut donc renoncer à leur faire accepter des faits antipathiques à leurs opinions.

Jusqu'à présent je me suis attaché à annihiler les reproches particuliers que M. Hélot a adressés à chacune de mes observations; je vais maintenant essayer de répondre à ses objections générales, nombre de fois répétées, mais toujours sous des formes un peu vagues, et qui auraient exigé des développements beaucoup plus étendus qu'elles ne le méritent, si j'avais voulu les réfuter chaque fois qu'elles ont été formulées. Le passage suivant, dont les autres ne sont que des paraphrases plus ou moins heureuses, les résume à peu près complétement : « *C'était, ce me semble, une raison de plus pour insister davantage sur l'évolution, la marche, la durée, les caractères anatomiques, les qualités du pus, etc., etc.* » En d'autres endroits M. Hélot me reproche de n'avoir pas dit en quoi consistait l'aspect chancreux, mais c'est toujours le même reproche en termes différents. Avant de passer à la réfutation de ces reproches, tâchons d'abord de bien nous entendre sur les mots, car en général j'aime que les mots représentent clairement des idées, ce dont M. Hélot paraît au contraire ne se préoccuper que médiocrement. Qu'est-ce que l'évolution d'une maladie? C'est, j'imagine, l'ensemble des symptômes qu'elle présente, leur durée, l'ordre dans lequel ils se succèdent : c'est en un mot toute la partie symptomatologique de la maladie; elle comprend donc la marche et la durée, et il était au moins inutile d'ajouter ces deux derniers reproches au premier. Sous le nom de *caractères anatomiques* on comprend *tout* ce qui se rapporte à l'altération locale matérielle des tissus, et si l'on y joint encore l'indication des qualités du pus, on ne voit guère ce qu'il peut manquer à la *description* des ulcères, et par conséquent à quoi servent les deux *etc., etc.* qui terminent la phrase. Je demande bien pardon à mon collègue d'insister sur des particularités en apparence puériles; mais il comprendra sans doute que cette surabondance de mots ou de signes vagues pourrait (bien contre son gré sans doute) surprendre la confiance d'un lecteur peu attentif, et que sous ce rapport elle mérite tout à fait une certaine attention; il n'est pas même impossible qu'on finisse par se faire soi-même illusion, et qu'on mesure la valeur de ses arguments sur le nombre, l'ambiguïté et la sonorité des termes que l'on emploie. — Arrivons maintenant aux détails des objections, et voyons quels sont les détails importants que j'ai omis dans mes observations :

1° J'ai indiqué l'étiologie. A vrai dire elle se trouve n'être pas conforme aux idées de mon honorable critique; à cela je n'ai autre chose à dire que ce que j'ai répondu déjà plus haut. Mais que mon interprétation soit vraie ou fausse, toujours est-il que j'ai insisté sur l'étiologie.

2° Selon M. Hélot j'aurais négligé de décrire les *caractères anatomiques* de l'ulcère qui a suivi le bubon : cependant je

trouve vers le milieu de la seconde observation une *ulcération à fond gris, à bords rouges, indurés, taillés à pic ;* et dans le courant de la troisième un *bubon superficiel, ulcéré, à bords rouges, enflammés, durs, taillés à pic, à surface grise, chancreuse, offrant une suppuration abondante.* J'avoue que je ne vois pas trop ce qu'il manque à cette description en fait de caractères anatomiques, si ce n'est la forme générale et les dimensions de l'ulcère, deux circonstances qui, dans le cas particulier de bubons, ne peuvent guère éclairer le diagnostic ; elles ont été indiquées d'ailleurs pour les pustules d'inoculation. Je n'ai pas décrit, il faut l'avouer, les caractères du pus ; mais jusqu'à ce que mon collègue ait montré en quoi le pus syphilitique diffère physiquement parlant des autres pus, il me sera permis de croire que cette omission n'a pas une extrême gravité. Pourquoi M. Hélot revient-il donc si souvent sur ce reproche, que je n'ai pas indiqué *en quoi consistait l'aspect chancreux ?* Tout simplement parce qu'au lieu de répéter chaque jour la description que je viens de transcrire, je me suis borné à dire *l'aspect chancreux persiste, l'aspect chancreux a disparu, etc.* Je demande en conscience à quoi auraient servi de semblables répétitions, sinon à fatiguer inutilement l'attention du lecteur ? D'ailleurs pourquoi vingt descriptions auraient-elles convaincu M. Hélot plutôt qu'une seule ? c'est ce qu'il ne pas songé à nous dire.

3° Enfin, selon M. Hélot, j'aurais omis de noter la *marche* et la *durée* des bubons ; mais quand on relate, comme je l'ai fait : 1° l'instant où la maladie commence à se développer ; 2° les divers phénomènes qu'elle présente pendant son cours ; 3° l'ordre de développement et la durée de chacun de ces phénomènes ; 4° le moment de la guérison, il me semble que l'on peut se faire une idée assez exacte de la marche et de la durée, et si M. Hélot pense le contraire, il n'aurait pas été inutile de motiver sa manière de voir.

Voilà en définitive à quoi se réduisent ces vagues objections générales tant de fois répétées, et sur lesquelles le lecteur me reprochera peut-être d'avoir trop insisté, tant il lui aura été facile de les apprécier tout d'abord à leur juste valeur.

Nous allons maintenant aborder une autre série d'arguments.

« Et il ne faudrait pas croire que l'erreur soit seulement possible chez les femmes ? Non, elle est encore facile chez l'homme. Ainsi, un étudiant en médecine très-distingué assurément, qui suivait l'hôpital du Midi, auquel il était attaché, contracta une blennorrhagie. Celle-ci, quoique peu abondante, persistait cependant. Une éruption générale se développa ; comme il n'admettait pas la nature syphilitique de la blennorrhagie, le voilà chaque jour à la recherche du chancre urétral qu'il supposait exister, et toujours sans résultat, lorsqu'enfin il finit par constater un chancre en écartant le méat urinaire, soit que l'ulcère, siégeant plus profondément d'abord, ne soit devenu manifeste qu'au moyen d'une inoculation successive, soit que le chancre, en s'étendant, se soit rapproché de l'orifice de l'urètre ; toujours est-il que si les accidents secondaires étaient venus un peu plus tard chez une autre personne qui n'eût pas soupçonné l'existence du chancre, la blennorrhagie eût définitivement passé pour syphilitique et non chancreuse, et s'il était survenu un bubon virulent, c'eût été un bubon d'emblée. Je livre ce fait à l'appréciation des hommes qui sont de l'opinion que nous combattons. »

Ce fait est assurément des plus merveilleux, et comme les merveilles ne sauraient être trop admirées, je vais profiter de la faveur que nous a faite M. Hélot de le livrer à nos méditations pour signaler les points sur lesquels se porte plus spécialement mon admiration :

Premier point. — Ce que j'admire d'abord, c'est la foi robuste de cet étudiant qui, malgré l'ardeur avec laquelle il se livrait chaque jour à la recherche du chancre urétral, et ne pouvant pas le découvrir, n'en persiste pas moins dans la ferme croyance qu'il doit exister. Je crains bien qu'il n'y ait beaucoup de gens qui, à moins d'admettre chez notre étudiant une prodigieuse insensibilité du canal de l'urètre ou une grande *obtusion du sens explorateur* (1), ne jugent sa foi un peu fanatique.

Second point. — J'admire ensuite l'exactitude avec laquelle les lésions se trouvent décrites, et je conçois bien, qu'à côté d'une semblable observation, celles que j'ai pu-

(1) On comprendra combien devait être prononcée cette obtusion aux yeux des inoculateurs, en songeant que, dans leur système, le chancre doit s'indurer avant de donner lieu à des accidents consécutifs, et l'on comprendra d'autant moins la confiance sans bornes qu'ils ont accordée à l'étudiant en question, quelque distingué qu'il fût d'ailleurs.

bliées viennent de paraître fort incomplètes. *Une éruption générale se développe :* cela veut dire, une syphilide quelconque, pustuleuse, squammeuse ou autre se développa ; quant au chancre, dont mon critique me reproche avec autant d'opiniâtreté que d'injustice de n'avoir pas fait la description, voici en quoi consiste la sienne : *enfin il finit par constater un chancre.*

Troisième point. — Enfin ce qu'il faut admirer surtout, c'est la facilité et la force d'induction de cet élève très-distingué qui, songeant à se mettre à la recherche du chancre, seulement lorsque l'éruption générale a paru, et l'apercevant *enfin* lorsque celle-ci existe déjà depuis longtemps, ne fait aucune difficulté d'attribuer au prétendu chancre l'éruption générale, sans se demander si ce prétendu chancre ne serait pas une de ces érosions qui, sur les muqueuses, accompagnent assez fréquemment les éruptions syphilitiques de la peau ; hypothèse qui expliquerait pourtant assez bien l'inutilité des efforts que l'on a faits pendant si longtemps pour découvrir ce prétendu chancre, qui n'existait peut-être que dans l'imagination de notre étudiant.

Ces remarques, que je pourrais étendre sans bénéfice pour l'observation de notre étudiant, suffiront, je pense, pour montrer que ce n'est pas encore là un de ces modèles de rigueur et d'exactitude que M. Hélot juge nécessaires pour entraîner la conviction.

« M. de Castelnau a cherché dans les observations de M. Ricord des armes contre M. Ricord, c'est toujours permis. Suivons-le :

« Dans la quatrième observation empruntée à M. Ricord, il s'agit d'un chancre de l'urètre, d'un bubon symptomatique ayant produit par l'inoculation la pustule caractéristique.

« Toute l'argumentation de M. de Castelnau se résume ainsi : Pour expliquer la nature syphilitique du bubon dont l'inoculation avait produit la pustule caractéristique, M. Ricord se fonde non plus sur un écoulement urétral démontré virulent par l'inoculation, mais sur ce qu'on aperçoit, à deux lignes de profondeur, en écartant les lèvres du méat urinaire, une plaque de la grandeur d'une petite lentille, dont la surface granulée indique le siége d'un ulcère en réparation.

« Ce fait prouve seulement que M. Ricord n'a pas voulu dissimuler la difficulté. »

Il n'y a aucune difficulté à dissimuler ; le fait prouve ou ne prouve pas ce que l'inoculation s'en promettait, et il s'agit de dire qu'il prouve ou qu'il ne prouve pas ; voilà toute la difficulté. Or, l'inoculation ne s'est pas bornée à dire, comme M. Hélot l'affirme plus bas, que ce fait établit une *présomption ;* elle l'a donné comme une *preuve* péremptoire. Or, en se bornant à la présomption, l'inoculation aurait eu tort ; en aspirant à la démonstration, elle a un tort bien plus grand encore.

« Un fait se présente, comme exception, en contradiction, du moins apparente, avec son opinion : il recherche, il trouve une surface granulée ; et comme il ne peut avoir de doute sur la nature syphilitique du bubon, comme l'expérience (1) lui a appris que ces bubons ont pour antécédent le chancre, il voit dans ce reste d'ulcération une présomption. Est-elle plus hardie que celle de M. de Castelnau, qui se croit en droit de conclure à l'absorption directe du virus pour produire un bubon, parce que, trois semaines, un mois après que le principe virulent a été déposé, il ne retrouve pas la lésion locale ? »

Entre deux logiciens, dont l'un accepte et explique simplement un fait, après avoir pris toutes les précautions pour le constater, et celui qui, envers et contre tous les renseignements, affirme son existence, le plus hardi (si c'est de hardiesse qu'il peut s'agir ici), me paraît être le dernier. Mais je comprends que tout le monde ne pense pas de même.

« Que le fait rapporté par M. Ricord ne soit point une démonstration en faveur de la non existence du bubon d'emblée, *j'y consens ;* mais que M. de Castelnau veuille s'en emparer comme d'une démonstration en faveur de l'opinion contraire, j'en conclus que, lorsqu'on est réduit à de semblables preuves pour établir un fait *qu'on dit si général*, on accuse par là même la *pauvreté* de sa démonstration (2).

(1) Par *expérience* il faut entendre ici *inoculation*, non pas inoculation en tant que pratique, mais inoculation en tant que système, ce qui est très-différent : car les inoculateurs ont eu d'abord le tort de vouloir faire prouver à l'inoculation ce qu'elle n'était pas apte à prouver, et ensuite de ne pas accepter tout ce qu'elle prouvait.

(2) 1° M. Hélot semble perdre de vue que ce n'était point lui que j'argumentais dans mon mémoire, et qu'il m'importait peu par conséquent qu'il consentît à ce que ce fait ne fût pas démonstratif ; l'opinion de son maître seule m'importait alors, et celle-

« Pour ce qui est relatif à la cinquième et à la sixième observation, il s'agit, dans la première, d'un chancre larvé du canal, et dans l'autre d'un chancre du col utérin ayant donné lieu à la production de bubons syphilitiques reconnus tels par l'inoculation.

« Dans le premier cas, comme il ne restait du chancre de l'urètre que l'induration et que l'inoculation n'en fut point pratiquée, M. de Castelnau reproche à M. Ricord la facilité avec laquelle, quand il en a besoin en dehors de l'inoculation, il conclut d'une induration à l'existence du chancre; mais si, dans l'opinion de M. de Castelnau, l'inoculation est un moyen inutile, pourquoi reprocherait-il à M. Ricord de se fonder sur un caractère de la lésion *incontestablement très-positif* auquel M. de Castelnau accorde la plus grande importance, puisqu'il prit grand soin, dans les observations qui lui sont propres, d'en tenir compte. »

J'ai deux remarques à faire sur ce paragraphe : la première, c'est que M. Hélot admet ici que l'induration est un caractère *incontestablement très-positif* de la lésion. Je prierai le lecteur d'appliquer cette proposition sur celle de la page 102, appartenant également à M. Hélot, et de juger jusqu'à quel point il y a coïncidence. — La seconde, c'est qu'il est faux de dire que j'ai reproché à M. Ricord de n'avoir pas fait usage de l'inoculation. Ce que je lui ai reproché, c'est d'avoir conclu de la présence d'une induration au bout du canal de l'urètre à l'existence d'un chancre, attendu qu'il peut se former, durant la blennorrhagie, le long de ce canal, des indurations qui ne sont nullement dues à des chancres antérieurs ou actuels, pas plus que ne sont dues à des chancres les indurations qui se forment dans les testicules, ou le tissu cellulaire des bourses pendant la même maladie. J'admettrais encore que l'on conclût à l'existence antérieure d'un chancre d'après une induration siégeant sur le gland ou le prépuce, ou sur toute autre partie visible, parce que là l'induration a souvent des caractères spéciaux de coloration; mais que, par la constatation d'une simple induration de l'urètre, on puisse se croire autorisé à diagnostiquer un chancre, c'est ce qu'un esprit réservé condamnera toujours.

« Dans la septième observation, il s'agit d'un chancre larvé de l'urètre, s'étant abcédé au niveau de la fosse naviculaire, ayant donné lieu à un bubon, l'inoculation ayant démontré que l'écoulement urétral, l'abcès et le bubon étaient syphilitiques. Au sujet de cette observation, M. de Castelnau semble insinuer que la formation de l'abcès aurait bien pu être postérieure au développement du bubon, et par conséquent ne pourrait servir à expliquer le bubon.

« Mais quoi! dans le cas présent, une induration de l'urètre au niveau de la fosse naviculaire fait soupçonner un chancre en ce point: pour le savoir, l'inoculation du pus sortant par l'urètre est pratiquée, le résultat est positif, donne la pustule caractéristique, le bubon qui s'est développé étant inoculé donne un chancre; d'autre part, comme si le chancre de l'urètre n'était point suffisamment démontré par l'induration de la fosse naviculaire, par l'écoulement qui se fait par l'urètre, par le résultat de l'inoculation artificielle, *le progrès de ce même chancre détermine un abcès virulent* qui donne également lieu par l'inoculation, à la pustule caractéristique. Qu'importe que l'abcès soit postérieur à la formation du bubon? *L'abcès virulent ne se serait point développé sans la maladie de l'urètre péexistante au bubon*; or, il est démontré que celle-ci est chancreuse. Cela ne suffit-il pas pour expliquer la virulence du bubon? »

Ce paragraphe renferme une grande confusion et plusieurs propositions hasardées que l'auteur aurait évitées, s'il avait voulu se donner la peine de me lire avec un peu plus de soin. Rétablissons les faits dans leur simplicité : il y a dans cette observation une induration de l'urètre, un abcès et un bubon virulents. Pour expliquer la nature virulente de ce bubon, l'inoculation a recours à la supposition d'un chancre de l'urètre, supposition qu'elle croit avoir démontrée être vraie en inocu-

ci au moins était toute différente de celle de mon collègue.

Je n'ai jamais donné les bubons d'emblée comme un fait si général, et l'opinion que mon collègue m'impute est toute gratuite. Mais quelque exceptionnel que ce fait pût être, et il l'est moins que ne semble le croire l'inoculation, ce ne pourrait être une raison, selon moi, pour l'étouffer sous l'absolutisme illégitime de la règle générale.

Je ferai enfin remarquer au lecteur que je n'ai pas donné ce fait comme favorable à mon opinion parce que l'ulcère de l'urètre ne pouvait être un chancre, mais bien parce que, ce chancre même étant admis, il ne pouvait expliquer physiologiquement le bubon dans la doctrine des inoculateurs. Cette explication est rendue nécessaire par la tournure un peu équivoque de l'argumentation de M. Hélot, argumentation qui pourrait facilement donner le change sur ma véritable interprétation du fait que j'ai emprunté à M. Ricord.

lant avec succès l'écoulement urétral ; à cela je réponds que l'existence d'un chancre de l'urètre n'est pas prouvée, parce que, dans la blennorrhagie, il se forme des indurations urétrales qui ne sont nullement chancreuses, et parce que l'inoculation du pus de la blennorrhagie simple peut produire la pustule dite caractéristique. J'ajoute que la nature chancreuse de l'induration fût-elle prouvée, celle-ci n'expliquerait point le bubon syphilitique pour les raisons déjà énoncées à propos des lymphatiques. Quant à ce qui concerne l'abcès, j'ai dit que cet abcès aurait pu fournir une explication plausible du bubon (dans le sens de la doctrine de l'inoculation, bien entendu), *s'il avait été constaté que son développement fût antérieur à celui de l'engorgement ganglionnaire ;* en cela, je fournissais à l'inoculation un seul moyen d'expliquer encore le bubon, puisque je venais de prouver que sa première explication était fautive. Comment comprendre maintenant ces questions que mon collègue se pose : *Qu'importe que l'abcès soit..., etc. ; cela ne suffit-il pas pour expliquer..., etc.* Que veut dire ensuite M. Hélot, quand il avance que : *Le progrès de ce même chancre détermine un abcès virulent ?* Il y a évidemment dans cette phrase toute une théorie sous-entendue sur la formation des abcès virulents, théorie qui me paraît fort hasardée, mais que je ne me permettrai pas de juger sur d'aussi vagues indications. Qui a pu autoriser M. Hélot à avancer, un peu plus loin, que *l'abcès virulent ne se serait pas formé sans la maladie de l'urètre préexistante au bubon ?* Mon collègue a sans doute d'excellentes raisons pour croire à l'exactitude de cette proposition ; mais il comprendra que nous ne pouvons les deviner, et que, cela étant, il n'était pas superflu de les dire.

« La huitième observation a pour titre : *chancre enkysté ou débutant par un abcès des bourses. Inoculation donnant un résultat positif.* Dans cette observation, deux chancres siégent sur la peau de la verge, un abcès se développe dans la peau au niveau des bourses. De quelque manière qu'on veuille expliquer la nature chancreuse de cet abcès, *qu'a de commun ce fait avec les bubons d'emblée ?* Que cet abcès soit le résultat d'une lymphite, ou que M. de Castelnau ne puisse pas s'expliquer le transport du pus par le tissu cellulaire, que nous importe? Un chancre se développe, un abcès se montre plus tard en un point éloigné ; cet abcès, quel qu'il soit, pour personne ne *pourra être le premier symptôme de la syphilis,* puisqu'il fut précédé de chancre. En conséquence cette observation ne saurait prouver l'existence du bubon d'emblée. »

Il faut avouer que j'ai du malheur, ou que M. Hélot n'y a guère mis de bonne volonté, si je n'ai pu lui faire comprendre en quoi ce fait avait des rapports avec la question des bubons d'emblée ; la relation ne me paraît cependant pas bien difficile à saisir, et si mon collègue avait consulté la *Gazette médicale,* il aurait pu voir que le collaborateur de ce journal l'avait parfaitement comprise. L'une des raisons que les inoculateurs opposent à l'existence des bubons d'emblée, c'est que le virus vénérien ne peut traverser les tissus sans les détruire ; or, le fait d'un abcès dans le tissu cellulaire des bourses, observé par l'inoculation elle-même, démontre péremptoirement la fausseté de cette proposition, attendu que, pour arriver au centre du foyer, il a bien fallu que le pus traversât soit la peau, soit l'intervalle qui le sépare des chancres dans les cas où l'on voudrait absolument que ceux-ci en fussent les points de départ. J'aime à croire que cette courte explication éclairera suffisamment mon honorable collègue.

A mon tour je ne comprends guère la fin de ce paragraphe, et je ne vois pas qu'il se rapporte en aucune façon à ce que j'ai écrit dans mon Mémoire. Je n'y ai point soulevé la question de savoir si l'abcès était le *premier symptôme* de la syphilis, et je ne puis soupçonner quelle est l'intention de mon collègue en m'attribuant à ce sujet une opinion qui paraît absurde. En tous cas, quelle que soit cette intention, j'ai lieu d'espérer qu'elle trouvera peu de faveur auprès de tout lecteur attentif.

« Mais d'où vient que M. de Castelnau, à propos du bubon d'emblée, nous apporte des observations de chancres urétraux suivis de bubons, c'est que, suivant cet auteur, existeraient-ils réellement, ces chancres ne pourraient être considérés comme la cause des bubons. *En effet, dit-il, rappelons-nous le principe suivant : pour qu'un bubon puisse être un symptôme de succession, un symptôme produit par le transport du pus dans les ganglions lymphatiques par les vaisseaux afférents, il faut*

nécessairement que l'ulcération chancreuse se trouve en rapport direct d'absorption avec le ganglion affecté.

Or, M. de Castelnau suppose qu'il n'y a aucune communication lymphatique de l'urètre, du col utérin aux glandes inguinales; il regarde cette supposition comme parfaitement acquise, comme démontrée par les recherches anatomiques, et il en tire la conséquence toute simple que le chancre, dès lors, n'est pour rien dans la formation du bubon. »

Cette imputation est complétement inexacte. Loin de nier toute communication entre les lymphatiques de l'urètre et ceux de la peau de la verge, je les ai indiquées moi-même dans les quelques mots que j'avais insérés dans mon Mémoire (voy. *Arch. gén. de méd.*, décembre 1842; p. 441) sur les lymphatiques de l'urètre. Quant à ce qui concerne le rôle qu'ils jouent dans les cas de chancres supposés de l'urètre, je prie le lecteur de vouloir bien se reporter à ce que j'ai répondu à la critique de M. Aubry, que M. Hélot n'a fait que reproduire sans avantage pour l'inoculation.

« Eh bien, la supposition de M. de Castelnau est toute gratuite, elle est fausse. M. Bonami, dont le talent d'anatomiste n'est point contestable, reconnaît qu'il existe des communications très-positives et même nombreuses entre les lymphatiques de l'urètre et ceux de la verge (1). Je dirai également que mon collègue, M. Aubry, dans sa thèse, soutient la même opinion. Pour ce qui regarde le cas particulier qui nous montre un chancre du col accompagné d'un bubon virulent, il faut avouer que les lymphatiques du col de l'utérus ne se rendent pas directement aux ganglions inguinaux, *mais qui oserait dire que dans le cas présent il n'y avait point une anomalie?* »

Je sens le besoin de m'arrêter un instant devant cette étrange supposition d'anomalie, pour faire remarquer que, parmi tous ceux qui ont cherché à soutenir à grands renforts d'hypothèses la doctrine de l'inoculation, M. Hélot se distingue par l'exagération de ce procédé. Cet auteur, s'efforçant de toutes les manières imaginables, veut absolument et à tout prix nous prouver que les bubons avaient reçu le pus virulent, à l'aide des lymphatiques, d'un chancre placé en rapport direct avec le ganglion affecté; il ne respecte rien, pas même la logique, pour arriver à une pareille démonstration, et cependant il ne croit pas à la réalité de cette démonstration; que dis-je? il est intimement convaincu que ce n'est qu'une séduisante erreur, et il a consacré les meilleures pages de sa thèse à le prouver. Qu'un autre cherche la source d'une aussi flagrante contradiction; quant à moi, j'y renonce, et je me contente de répéter :

L'homme est dans ses écarts un étrange problème.

« Du reste, puisqu'il y avait un chancre du col, est-il impossible (1) d'admettre l'existence antérieure d'un autre chancre déjà cicatrisé, dont les rapports auraient été plus directs avec les glandes inguinales? Enfin, comme M. Aubry a également constaté que le réseau lymphatique du col utérin communique avec le réseau de la partie antérieure du vagin, (cette disposition peut être reconnue sur la pièce que M. Aubry a déposée au musée de la Faculté); comme, d'autre part, les vaisseaux de la partie antérieure du vagin vont à l'aine (2); je ne vois pas comment cette explication théorique pourrait être plus favorable à l'opinion de M. de Castelnau que ne le sont les faits qu'on vient de lire.

« Ainsi, pour nous résumer en ce qui regarde le bubon d'emblée, ou bien les auteurs ont pris pour des engorgements ganglionnaires syphilitiques les bubons scrofuleux qui s'observent dans les régions inguinales *tout aussi bien* qu'au col (3), tout aussi bien que dans les aisselles : ou bien, le bubon étant réellement chancreux, ils en ont méconnu, par une raison quelconque, le point de départ. Du reste, puisqu'il est démontré que, pendant la durée du chancre, il peut survenir des bubons purement sympathiques, c'est-à-dire qui ne sont point chancreux (4), comme du reste il arrive dans la blennorrhagie, est-il si difficile de comprendre comment des rapports sexuels exagérés (5), et tant d'autres causes, telles que la fatigue, la marche forcée, etc., etc., peuvent *contribuer* au développement de certains engorgements inguinaux?

(1) Mais je ne pense pas que M. Bonami ait eu l'intention de reconnaître que la circulation lymphatique se fait à rebrousse-poil, toutes les fois qu'il peut convenir aux inoculateurs.

(1) Voyez ce que j'ai déjà répondu touchant cette *possibilité* au critique de la *Gazette médicale*.

(2) On connaît ma réponse à M. Aubry lui-même.

(3) Prétendre que les engorgements scrofuleux se développent *tout aussi bien* aux aines qu'au col est une opinion dont le lecteur le moins versé en clinique fera facilement justice : il est évident pour tout le monde que ces engorgements scrofuleux sont fort rares.

(4) On sait au contraire que cela n'est nullement démontré.

(5) La question n'est pas de savoir si cela est ou non difficile à comprendre, mais de savoir si cela est vrai; or, l'expérience la plus vulgaire, l'expé-

« Comme il est impossible raisonnablement d'admettre que tous les engorgements inguinaux, quels qu'ils soient, sont de nature syphilitique, nous n'avons aucune raison d'admettre comme tel le bubon d'emblée, puisqu'il est démontré que cette affection n'a aucun des caractères syphilitiques et présente une marche complétement distincte du bubon virulent; ce qui résulte incontestablement des expériences de M. Ricord! »

On a beau être convaincu de la légèreté des inoculateurs, on ne peut se préserver d'un certain étonnement quand on rencontre les assertions les plus graves, avancées avec le même laisser aller, le même dénûment de preuves que s'il s'agissait de la première inutilité venue: M. Hélot répète ici, après une foule d'inoculateurs, que la marche des bubons d'emblée est complétement distincte de celle des bubons virulents, ce qui résulte incontestablement des expériences de M. Ricord. Mais comment cela résulte-t-il? c'est ce qu'il a oublié de nous dire, et il a eu grand tort, car il faut bien se persuader que la masse des lecteurs n'est pas formée de devins qui comprennent tout sans rien voir ou entendre, ni de crédules qui n'ont besoin que d'assertions pour être convaincus; c'est ce qui m'a engagé en partie à suppléer au silence de M. Hélot : j'ai déjà fait voir que les bubons d'emblée avaient les caractères des bubons syphilitiques; le lecteur n'a qu'à se reporter, s'il veut s'en assurer, aux descriptions que j'en ai données dans mes observations. Quant à la marche, elle est assez bien représentée dans les bubons par la durée; car pour connaître la marche rigoureuse il faudrait avoir la description quotidienne de la maladie observée un grand nombre de fois; ce qui ne se trouve nullement dans les recherches de M. Ricord; la durée elle-même ne s'y trouve déterminée que rarement; voici cependant ce que l'on trouve à ce sujet : si l'on prend dans la première section des observations de M. Ricord (section des chancres) la durée des bubons chancreux, on trouve que, sur cinq cas où cette durée peut être déterminée (1), elle a été, terme moyen, de cinquante-neuf jours; si l'on fait le même travail pour les bubons d'emblée de la troisième section (1), on trouve une moyenne de 59 jours également; ces nombres sont assurément bien insuffisants pour résoudre d'une manière définitive la question, mais on m'accordera bien qu'ils sont peu favorables aux vues des inoculateurs, et qu'ils mettent en évidence ce que j'ai eu occasion de constater bien des fois, c'est que pour ces auteurs les faits ne sont pas la base sur laquelle doit s'élever une doctrine, mais une sorte de décoration bonne seulement à lui donner certain vernis pratique qui éblouit toujours quelques yeux peu pénétrants.

rience de tous les jours démontre qu'il est faux que cette prétendue cause puisse produire des bubons; quant à savoir si elle peut y *contribuer*, cela ne nous intéresse plus au point de vue où nous sommes placés, puisqu'il s'agit de savoir si elle peut agir efficacement *en l'absence du virus*.

(1) Obs. 1, 15, 18, 25, 34.

« Je ne veux pas entrer ici dans la description de chacune des variétés des bubons symptomatiques, de la scrofule, de la blennorrhagie, de la peste, du cancer, de la variole, etc. Qu'il me suffise d'avoir démontré que les observations de bubons d'emblée rapportées dans les auteurs ne concluent absolument à rien, attendu qu'elles ne s'appuient, pour fixer la nature syphilitique, que sur un coït suspect, une affirmation du malade, qui, le plus souvent n'a pas été vérifiée par un examen attentif.

« Enfin, nous devons signaler comme une cause d'erreur très-importante cette action non spécifique de la syphilis qui, dans quelques circonstances, met en jeu la scrofule qui se substitue en quelque sorte à la première. »

Pour apprécier une proposition qui renferme autant de sens, il faudrait nécessairement la voir dans ses développements. Je dois donc suivre l'exemple de l'auteur, et affirmer que les histoires que l'on a débitées, d'une manière assez vague d'ailleurs, sur les rapports de la syphilis et des scrofules, sur la transformation d'une maladie dans l'autre, sont autant d'erreurs imaginées à plaisir.

« La conclusion toute naturelle de la discussion que nous venons d'établir, c'est que l'existence du bubon d'emblée n'est point prouvée. Et comme, d'autre part, cette opinion des auteurs ne repose que sur la confusion des diverses affections ganglionnaires ; nous sommes en droit de nous en tenir au fait général, affirmé par M. Ricord : que le pus chancreux ne peut produire d'emblée le bubon virulent, sans avoir, au préalable, amené le développement d'un chancre au lieu même où il a été déposé. »

Je ne sais si mon collègue a eu des rai-

(1) Obs. 66, 68, 69, 71, 72.

sons pour obscurcir et tronquer l'opinion de son maître, opinion qui, il faut bien l'avouer, est encore meilleure dans sa simplicité première que dans l'état de modification où nous la présente M. Hélot. Je ne pense pas que l'inoculation ait dit : *Que le pus chancreux ne peut produire* D'EMBLÉE *le bubon virulent* SANS, etc., car alors il ne produit plus *d'emblée*. L'inoculation s'est donc bornée à dire que le pus chancreux ne produisait pas le bubon d'emblée. En revanche, si elle n'a pas dit tout ce qu'on lui attribue dans la phrase précédente, elle a dit plus qu'on ne lui attribue dans celle qui suit. L'inoculation n'a pas dit seulement : *Sans avoir, au préalable*, etc., mais bien : Sans avoir produit un chancre *en rapport direct d'absorption avec le bubon*. Comme j'avais dans mon mémoire à combattre l'inoculation non modifiée, c'est la fausseté de cette dernière proposition que je me suis contenté de mettre en évidence.

« En effet, cette proposition de M. Ricord reposant sur des expériences nombreuses, qui établissent que le pus des bubons réputés d'emblée n'est point inoculable, contrairement à ce qui arrive dans les bubons virulents, elle ne saurait être infirmée par des faits aussi incomplets et aussi mal observés que ceux que nous venons de rapporter. »

Voilà en définitive à quoi se réduisent les critiques à forme sérieuse, qu'à soulevées mon mémoire : si j'ai été assez heureux pour captiver l'attention du lecteur pendant cette longue discussion, j'ose espérer qu'il les aura trouvées plus sérieuses dans la forme que dans le fond, et que dès lors la question des bubons d'emblée reste au point où je l'avais laissée et avec la solution que je lui avais donnée.

H. DE CASTELNAU.

DE LA GALE,

Par M. le docteur **HEBRA**,

Médecin de l'hôpital général de Vienne, chef de service des maladies de la peau ;

TRADUIT PAR M. LE DOCTEUR JORIS.

Il est presque incroyable que, malgré les progrès de tout genre que la médecine fait de nos jours, une maladie aussi répandue que la gale soit néanmoins si peu connue. Effectivement, malgré les nombreux ouvrages que l'on a écrits sur ce sujet depuis plusieurs siècles, la cause en est tout aussi ignorée que le traitement en est ridicule.

Sans vouloir m'occuper ici de l'historique de la gale, je mentionnerai seulement en peu de mots quelques écrits à moitié oubliés et que nous possédons depuis longtemps sur cette matière ; plusieurs sont d'un grand intérêt et viennent à l'appui de ma manière de voir, surtout en ce qui concerne la découverte du ciron de la gale.

Dans les anciens temps, on n'avait qu'une idée confuse et indistincte de la gale ; on comprenait sous ce nom diverses maladies cutanées accompagnées de prurit. Ebn Zohr (1) (Avenzoar, 1179) appelle vésicules les efflorescences de la gale, il est le premier qui mentione de petits animalcules qu'il a décrits et qu'il compare aux poux (*pediculi sive pedicilli*, en arabe *Asoabat*) ; ils rampent et se cachent sous la peau des mains et des pieds, et y font naître des pustules remplies d'eau. Depuis ce temps, jusqu'au 17e siècle, on ne fait nulle part mention du ciron de la gale, mais on confond cette maladie avec plusieurs autres maladies de la peau. Selon Galen, Sylvius et Helmontius, il faut en chercher la cause dans un vice des humeurs ou dans une âcreté et dans une fermentation particulière du sang ; ces diverses opinions se conservèrent malheureusement jusqu'à nos jours.

Malgré ces idées, la connaissance de l'existence du sarcopte ne fut pas perdue entièrement, car à défaut des médecins et des naturalistes, ce furent de simples paysans qui, dans plusieurs contrées de l'Italie et de l'Allemagne, exercèrent leur adresse à extraire de la peau des galeux avec une petite aiguille ces animalcules qu'on appelait Säuren. Moufet nous en donne la preuve dans un passage de son ouvrage (2) qui a paru à Londres en 1634, dans lequel il dit que les cirons sont de très-petites bêtes que l'on trouve dans de vieux fromages ou dans la peau humaine ; le bas peuple qui a le talent de les extraire et de

(1) Rectificatio medicationis et regiminis. Venetiæ, 1549. Tract. 7, lib. 19, p. 43.

(2) Insectorum sive minimorum animalium theatrum. Londini 1634, cap. 23, p. 266.

les faire entièrement disparaître s'est ainsi acquis le nom de *Saùren graben*.

Moufet est le premier qui, dans l'ouvrage ci-dessus mentionné, ait exactement décrit la place où se trouve le sarcopte *scabiei*, ainsi que les canaux ou sillons qu'il se creuse, de même que les efflorescences qui s'en suivent, d'où il résulte qu'il a non-seulement bien connu la gale, mais qu'il a aussi possédé l'adresse d'extraire les cirons ou sarcoptes.

Dans une lettre que Hauptman, médecin de Leipsig, écrivit en 1650 à Ath. Kircher, jésuite romain, il fait aussi mention des cirons ou acari (en allemand *Bictliesen*) qu'il avait extraits lui-même, examinés ensuite au microscope et dessinés bien que très-imparfaitement. Plusieurs écrivains mentionnent aussi les cirons de la gale, ainsi Storch 1651, Haffenreffer d'Ulm 1660, Dan. Ludovici 1678, Morgagni et Ettmuller 1692, etc. Mais Bonomo (1) 1683, et H. Cestoni (2) furent les premiers qui prouvèrent par leur description des cirons et de la gale, qu'ils avaient tous les deux bien connu cette maladie. On dit que ce fut le premier, ou selon d'autres, Isaac Colonello, qui, à l'aide d'un microscope, observa un sarcopte déposant son œuf. Quoique Lanzoni 1692, et Mad 1702, en traduisant et publiant la lettre de Bonomo à Redi au sujet de la gale, de même que Linné en 1766, de Geer en 1778, aient beaucoup contribué à la connaissance de cette maladie, tant par la description que par le dessin du ciron, cependant c'est Nickman qui, en 1796, s'est acquis le plus grand mérite en décrivant le premier, d'une manière aussi claire que vraie, les causes, la nature et le mode de propagation de la gale (3).

Quoique plusieurs contemporains de Nickman, tels que Waltz, Adams, Galdiner von Lobes, Ackerman, Gotxe, etc., partageassent sa manière de voir, et eussent une juste idée de la gale, cependant la plupart des médecins, ainsi que la masse du peuple, qui est plutôt portée à croire ce qui est extraordinaire, partageaient la nouvelle théorie que Hanheman avait établie en 1800, d'après laquelle la gale provenait d'une dyscrasie particulière (*dyscrasia psorica*), et que par conséquent la presque totalité des maladies chroniques, et même plusieurs affections aiguës, dérivaient d'une gale négligée ou répercutée. Cette manière de voir, vrai produit de la pathologie humorale, trouva une approbation si générale qu'on l'adopta comme une vérité, et qu'on traita de chimère l'existence du ciron de la gale; on se contenta de le nier sans se donner la peine de le chercher, ou tout au plus de ne lui accorder qu'un rôle très-secondaire dans l'étiologie de cette maladie.

Il y eut néanmoins toujours quelques esprits éclairés qui, convaincus de l'existence du sarcopte, rejetèrent la théorie de Hahnemann. De ce nombre sont Aithen, Rosenstein, J.-D. Franck, Fabricius, Paulet, etc. etc.; mais comme les dermatologistes les plus distingués de cette époque, tels que Alibert, Willan, Bateman, Biett, ne pouvaient parvenir à découvrir et à extraire le ciron de la gale, malgré toutes les peines qu'ils se donnaient, il s'ensuivit que le public ne crut pas à l'existence du sarcopte, et n'eut aucune idée juste de la nature de la gale.

Galés pharmacien de Paris contribua en 1812 à prolonger cet état de doute, en trompant pendant quelque temps les savants de la capitale; il leur montrait des cirons de fromage ou de vieille farine, et les faisait passer pour des sarcoptes humains, jusqu'à ce qu'enfin la fraude fut découverte et dévoilée, de sorte qu'il resta sur toute cette affaire un doute qui engagea plusieurs incrédules à adopter l'ancienne théorie humorale.

Ce fut en 1834 qu'on apprit à Paris, de M. Renucci, étudiant corse, la manière de trouver et d'extraire le ciron de la gale. La question dès lors résolue, et l'existence du sarcopte bien clairement prouvée, Raspail et Albin Gras en firent un objet particulier d'étude, et c'est à leurs recherches, à leurs nombreux essais que nous devons les meilleures preuves à l'appui de notre thèse. Depuis lors, MM. Biett, Rayer, Emery, etc., en France; Slanius, Kœhler, Baüm, de Siebold, Rhode, Heyland, Veiel, Kraüse, de Sonnen-Kalb, Burkhard, Eble, Vezin, etc., en Allemagne, se sont tellement convaincus de cette vérité, et, par leurs recherches, ont si largement éclairé la pathologie de la gale,

(1) Osservazioni intorno ai pellicelli del corpo umano dal g. cos. Bonomo.

(2) Lettera al sign. Antonio Vallisneri, etc.

(3) Ideen zur diagnostic. Hannover, 1786, 1791, und Vien, 1807.

qu'on ne pourrait supposer qu'il pût encore exister aujourd'hui un doute à ce sujet. Malheureusement l'expérience nous le prouve tous les jours, car nous lisons peu d'ouvrages de médecine qui contiennent une manière de voir très-juste à cet égard : bien plus, des traités récents sur les maladies cutanées, et qui du reste sont très-recommandables, font toujours mention d'une dyscrasie psorique, de métastases provenant de la gale rentrée ; il en est de même des journaux de médecine qui contiennent presque toujours quelque histoire de ce genre. Quoique la plupart de ces écrivains n'aient peut-être vu qu'une centaine de galeux dans le courant de leur vie, cela ne les empêche cependant pas de s'établir en autorité et de trancher la question.

C'est bien différemment que pensent et écrivent sur ce sujet des hommes éclairés et à connaissances profondes qui, placés à la tête de grands hôpitaux, ont l'occasion d'observer et de traiter plusieurs milliers de galeux. Tous ces médecins sont de la même opinion, et doivent nécessairement l'être, car sans s'attacher à d'anciens préjugés, ils s'en tiennent à la nature seule qu'ils étudient et qui reste éternellement la même.

Une investigation purement physiologique est donc en médecine l'unique moyen de parvenir à la vérité et c'est celle que je veux suivre ici.

Pour arriver à la connaissance parfaite de la nature, du développement et du traitement de la gale, nous voulons étudier cette maladie sous le point de vue diagnostique, étiologique et thérapeutique.

Diagnostic. Un état morbide quelconque de notre organisme provient de quelque changement physiologique de notre corps, et affecte primitivement la matière ou les nerfs. Dans chacun de ces cas, il se montre à nous par certains *phénomènes constants* qui mettent nos sens en état de les reconnaître et de les distinguer de ceux qui leur ressemblent. C'est sur ces caractères invariables que nous devons, dans le diagnostic de chaque maladie, diriger une attention particulière, car c'est de cette manière seulement que nous pouvons parvenir à la connaître. Il existe à la vérité des maladies qui se ressemblent au point d'être facilement confondues entr'elles ; . néanmoins il doit nécessairement y avoir un signe quelconque qui distingue ces maladies les unes des autres, sans quoi elles ne se ressembleraient pas, mais elles seraient analogues et de même nature. Dans la recherche de ces phénomènes toujours constants au moyen desquels nous trouvons le *caracteristicum* d'une maladie quelconque, il n'en faut pas considérer le nombre seulement ni faire tout dépendre de cela, car moins l'on a besoin de traits pour distinguer une idée d'une autre, et plus la chose devient facile et claire. Un seul symptôme caractéristique, constant et n'appartenant qu'à une seule maladie, suffit pour la distinguer de toute autre.

En appliquant au diagnostic de la gale ce que je viens de dire ci-dessus, il résulte qu'il doit aussi exister dans cette maladie au moins un *caracteristicum* tout particulier que l'on ne trouve dans aucune autre. Dans les ouvrages sur les maladies cutanées, on mentionne une grande quantité de symptômes et de signes propres à nous faire connaître la gale ; mais la plupart appartiennent aussi à d'autres maladies de la peau, et par conséquent ne peuvent être caractéristiques de la gale, par exemple, les papules que nous voyons dans cette maladie ont une grande ressemblance avec celles du lichen, de l'érythéma papulatum, du prurigo, de l'acné et du commencement de la petite-vérole ; les vésicules de la gale ressemblent à celles de l'eczéma simplex, de l'herpès, de la varicelle. Enfin on prend souvent les pustules et les croûtes consécutives des galeux pour un ecthyma, un eczéma ou un impetigo ; il résulte donc clairement de là que les papules, les vésicules, les pustules, les croûtes et les ulcères, etc., etc., ne peuvent être considérés comme signes caractéristiques de la gale. On peut sans doute faire ici l'objection que le contagium et le cours de la maladie peuvent suffisamment nous éclairer. Mais outre qu'il y a toujours des personnes qui croient au développement spontané de la gale, il est souvent fort difficile de découvrir le lieu ou le temps précis de l'infection, et alors devons-nous attendre en pareil cas que le diagnostic soit confirmé par l'infection d'un autre individu ?

Quant à ce qui concerne la marche de la maladie, elle contribue sans doute beaucoup au diagnostic ; mais pourquoi soumettre les malades au tourment d'un

prurit qui dure plusieurs semaines, ainsi qu'à l'idée désagréable d'avoir une maladie cutanée qu'ils peuvent communiquer à d'autres? D'ailleurs la marche même de la maladie est parfois telle (surtout chez les personnes d'une grande propreté, qui font un fréquent usage de bains) qu'il est souvent difficile, même aux praticiens les plus expérimentés, de décider après plusieurs mois d'observation s'il s'agit de la gale ou d'une autre maladie cutanée. Je connais des cas où des malades ont été traités pendant longtemps avec l'iode pris intérieurement dans la ferme conviction qu'ils étaient atteints d'une maladie syphilitique, et, plus tard cependant on découvrit que c'était la gale.

Il est donc clair que tous les signes ci-dessus énoncés ne suffisent pas toujours pour faire reconnaître cette maladie, mais que nous sommes obligés de recourir au seul signe caractéristique, qui consiste dans les *sillons ou canaux de la gale, ainsi que dans les cirons qu'ils contiennent* (acari scabiei, sarcoptes hominis). Il n'y a pas de gale sans sarcoptes; le ciron existe en premier lieu, c'est de lui et consécutivement que naissent les efflorescences qui apparaissent sous tant de formes différentes et que modifient de tant causes diverses. Ces symptômes non constants qui se développent insensiblement appartiennent donc, non pas au diagnostic même, mais à la marche de cette maladie.

Notre tâche principale est donc d'acquérir une parfaite connaissance des sillons que le ciron creuse sous l'épiderme, car c'est de cette manière seulement que nous pouvons nous convaincre de l'existence du sarcopte, par conséquent de la gale elle-même

Chaque sillon ressemble à une fine égratignure que la pointe d'une épingle aurait superficiellement faite dans l'épiderme; on y remarque deux extrémités: l'une, que nous nommons la tête (Kopfende), est la place même où le ciron a commencé à creuser son canal; l'autre, que nous nommerons queue (Schwanzende), se distingue par une petite enflure ronde plus foncée que le sillon même, et qui est la place qu'occupe le ciron. Cette partie ne subit aucun changement, tandis que l'extrémité opposée, au commencement du sillon est le siége d'une efflorescence vésiculeuse, papuleuse ou pustuleuse. Nous remarquons aussi une autre forme de sillons qui se dirigent entre les couches épidermiques que recouvrent non-seulement les différentes efflorescences ci-dessus nommées, mais aussi des boutons rouges et oblongs de la grandeur d'un pois, et qu'on nomme ordinairement tubercules cutanés. Enfin nous remarquons aussi une forme particulière représentant un sillon ou canal rempli d'un liquide transparent ou puriforme qui va presque jusqu'à l'endroit qu'occupe le ciron.

Ces sillons se montrent à nos regards d'une manière bien diverse: cela dépend du temps de leur durée, de l'âge du malade, de son goût pour la propreté, de son occupation, et des objets plus ou moins salissants avec lesquels sa peau vient en contact. Nous voyons, par exemple, que lorsque la gale n'existe que depuis peu de temps, chez des sujets encore jeunes ou d'une peau fine, ayant beaucoup de propreté, nous voyons, dis-je, qu'alors les sillons apparaissent sous la forme de lignes blanches un peu en zigzag et élevées, d'une longueur qui varie d'une ligne à plusieurs pouces. Si, par contre, la gale existe depuis longtemps chez un individu âgé, malpropre, à épiderme grossier, rugueux, le sillon alors n'est pas blanc, mais il a la couleur de la peau du malade; si ce dernier dans ses occupations touche des objets salissants, le sillon aura alors une couleur brune ou noire, en un mot celle des objets qu'il a touchés, car la couleur qui a pénétré le sillon ne peut disparaître qu'en égratignant ou détruisant ce canal même. Les enfants, les couturières, les femmes qui tricotent ou qui font des ouvrages fins, les hommes d'une classe élevée, ainsi que les ouvriers qui ne travaillent pas des étoffes de couleur, ont presque tous des sillons blancs ou du moins d'une couleur semblable à celle de leur corps; par contre, les cordonniers, les chapeliers, les teinturiers, les menuisiers, etc., etc., ont des sillons bruns ou noirs.

A part cette différence de couleur, à part l'existence ou le manque total d'une efflorescence au commencement du sillon, nous remarquons aussi dans ce dernier une autre modification qui provient de sa durée même. Le sillon de fraîche date est élevé, peu long et entièrement couvert par une couche de l'épi-

derme, tandis que celui qui existe depuis longtemps est aplati ; il peut même avoir dans quelques cas plusieurs pouces de longueur ; il est à découvert et nu, soit à l'orifice seulement ou dans toute sa longueur, c'est-à-dire que la voûte du canal qui est formée par la couche supérieure de l'épiderme manque entièrement, ce qui donne au sillon l'apparence de la coupe longitudinale d'une cornue. Ce changement de forme résulte de ce que l'efflorescence qui apparaît ordinairement à la tête du sillon est égratignée où perd de quelque autre manière que ce soit, le fluide qu'il contenait, de sorte qu'il ne lui reste que l'enveloppe dont la voûte même tombe bientôt, et l'on n'aperçoit finalement que deux bords blancs qui conduisent et aboutissent au reste du sillon.

Quoiqu'on puisse parfois trouver des sarcoptes dans tout le corps, cependant je n'en ai vu qu'aux mains et aux pieds, sans en excepter la plante (98 fois sur 100 cas); plus rarement à l'avant-bras, au pénis, au scrotum, à la partie antérieure du thorax, et enfin quelquefois au genou ; je n'ai jamais trouvé des sillons dans d'autres parties du corps.

C'est dans ces sillons (cuniculi) et tout au bout que l'on trouve toujours le ciron de la gale, car pendant sa vie il cherche toujours à creuser et à prolonger son canal, sans jamais rebrousser chemin ni revenir sur ses pas. Nous devons donc le chercher à la fin du sillon, place que l'on reconnaît facilement à une petite enflure, surtout si à l'extrémité opposée du sillon il y a une efflorescence. On trouve et on extrait facilement le ciron, si l'on enfonce horizontalement dans l'épiderme qui le recouvre la pointe d'une petite aiguille ; par le moyen de mouvements latéraux on sépare et détache encore la peau à une petite distance et l'on met ainsi à découvert le sarcopte qui, par le moyen de ses longs poils, se cramponne à l'aiguille ; d'autres fois avec la pointe de cette dernière, on va le chercher dans l'enfoncement où il se cache.

Le ciron a la forme d'un petit corps rond, vert-blanc, auquel une bonne vue distingue un point plus petit encore et plus foncé qui correspond à la tête et aux pattes antérieures de cet animalcule. Placé sur un corps uni et surtout sur la peau, il commence bientôt à se mouvoir et à courir souvent avec une telle vitesse, surtout s'il est jeune, qu'il fait un trajet d'un pouce dans l'espace d'une minute. Si on l'a blessé en le retirant avec l'aiguille, ou si une circonstance quelconque le gêne dans la liberté de ses mouvements, alors il est immobile et l'on ne remarque plus qu'une légère oscillation. Vu au microscope, le sarcopte paraît avoir quelque ressemblance avec une tortue ; il a un corps presque ovale, une couleur un peu verte et quelques petits aiguillons sur le dos, traversé de quelques raies parallèles mais recourbées ; il a sous le ventre huit pattes contenues dans une gaîne bulbeuse, d'où sortent en partie des poils plus ou moins longs; de plus l'on remarque dans les quatre pattes de devant des trompes ou tuyaux d'aspiration arrondis et concaves à leur bout, fixés à des poils très-raides et forts, enfin il a une tête noueuse, munie d'une trompe (1).

Quoiqu'il existe plusieurs dessins du sarcopte scabiei, cependant je n'en trouve aucun bien exact, c'est ce qui m'a engagé à en faire moi-même un dessin (200 lig. d'augm. (2).

S'est-on enfin convaincu, par les moyens ci-dessus indiqués, de la présence des sillons et des cirons, l'on a alors les caractères de la gale et l'on sait positivement à quoi s'en tenir, qu'elles que soient d'ailleurs les efflorescences de la peau. Pour mieux connaître encore tous les phénomènes qui accompagnent cette maladie, nous voulons en suivre le développement progressif.

Après que le malade a éprouvé pendant un temps plus ou moins long (d'un jour à une semaine), un prurit qui augmente au lit et sous l'influence de toutes les causes d'excitation, telles que la chaleur, l'exercice, les boissons alcooliques, etc. ; il remarque dans certains lieux d'élection, surtout aux mains et aux pieds, de petites papules légèrement rosées qui deviennent rouges en les grattant; si on les presse, il en sort un liquide clair comme de l'eau, et elles s'affaissent alors de suite. A part ce fluide, il s'écoule de ces boutons égratignés

(1) Latreille. gen. crust. et ins., p. 152. Degeer ins., r. 64, 2, tab. 5, fig. 12, 13. Geoffroi, Hist. des insect., 2, 622, 2. Fabricius, Entom., syst. tom. 4, p. 430. Raspail : Mémoire comparatif sur l'insecte de la gale.

(2) Je regrette que ce dessin ne m'ait pas été adressé avec l'article de mon savant confrère : il n'a pu être présenté ici. Mais si je le reçois plus tard, je le ferai paraître dans un prochain numéro.

quelques gouttes de sang qui se concrètent en croûtes noires à la place même qu'occupaient ci-devant les papules. D'autres fois, l'on voit exclusivement aux mains et aux pieds des vésicules transparentes et dures contenant un fluide aqueux qui s'écoule si l'on se gratte; si, par contre, on les abandonne à elles-mêmes sans que rien ne trouble leur marche ordinaire, alors le liquide séreux devient purulent; en un mot, il se forme une vraie pustule. La formation des papules dans tout le corps, celle des vésicules et des pustules aux mains et aux pieds seulement se renouvelle de manière que les extrémités, surtout leur face intérieure, le pli même des articulations, les cuisses, le bas-ventre, les lombes et la poitrine sont couvertes de ces efflorescences; ce n'est que par exception qu'on voit quelques papules au dos et au visage. Ces efflorescences, qui sont ordinairement les phénomènes primitifs de la gale, sont bientôt accompagnées d'autres que nous nommons secondaires.

Le prurit augmentant avec la durée de la maladie, les galeux se voient bientôt forcés de se gratter et se font ainsi des excoriations dans toutes les parties du corps; de là proviennent aussi le déchirement des papules et la formation de croûtes noires par du sang desséché, ainsi que de grands boutons qui plus tard sont sujets à diverses métamorphoses. Ces mêmes boutons proviennent aussi d'une pression quelconque et de chaque irritation de la peau trop prolongée ou trop réitérée. De là les boutons rouges que nous remarquons aux fesses des personnes qui restent longtemps assises sur des banquettes de bois, comme par exemple des tailleurs, des tisserands, des cordonniers, etc. Il en est de même des personnes qui serrent trop fortement certaines parties de leur vêtement, par exemple les femmes et les soldats en serrant trop leur corset ou leurs courroies au milieu du corps. Tous ces tubercules de la grandeur d'un pois, rouges et arrondis, proviennent d'une efflorescence papuleuse; ils augmentent en volume et procurent une démangeaison qui est en proportion de leur grandeur. Par suite de ces écorchures, le nombre et la périphérie de ces tubercules augmentent tellement qu'ils finissent par se former en groupes de diverses grandeurs; la peau infiltrée, épaissie, enflammée, est, en même temps, raboteuse et rugueuse, comme cela se voit aux fesses des tailleurs galeux.

Si la gale dure encore plus longtemps, nous voyons alors de plus une transformation purulente des tubercules qui, à part les pustules, donnent souvent lieu à des excoriations et à des ulcères dont la sécrétion se change en croûtes vertes ou brunes (selon qu'il y a du sang ou non mélangé ou pur); c'est sous ces croûtes que l'exsudation qui formait ci-devant le tubercule se change en pus.

Lorsque la maladie a atteint son plus haut degré d'intensité, le corps entier paraît alors couvert de pustules achoreuses qui ont succédé aux papules; les efflorescences de tout genre se montrent dans les diverses parties du corps, par exemple, aux mains nous voyons des vésicules et différentes variétés de pustules; au thorax, à l'abdomen, l'on voit des boutons égratignés recouverts de croûtes rouges, vertes, brunes ou noirâtres; au milieu du corps, aux fesses, et là enfin où il y a eu une pression quelconque, l'on remarque de grands boutons ou tubercules recouverts de croûtes. Cet ensemble, cette réunion de tant d'efflorescences diverses nous donne un vrai tableau de la gale.

Je n'ai pas besoin de répéter que tous ces symptômes ne nous autorisent cependant au diagnostic de la gale que lorsque nous aurons découvert des sillons, car ce n'est qu'alors que nous pouvons conclure à la présence du sarcopte scabiei.

De tout ce que je viens de mentionner, au sujet de cette maladie, il résulte :

1° Que des efflorescences de diverses formes et accompagnées de phénomènes secondaires très-différents peuvent accompagner le développement de la gale.

2° Que, à part le ciron de la gale, une irritation quelconque de la peau, un peu prolongée et produite, soit en se grattant, soit d'une autre manière, suffit pour donner lieu à certaines efflorescences. Je dis donc que les papules, les vésicules et les pustules qui en résultent, proviennent évidemment de la présence du ciron de la gale; et que, par contre, l'existence des excoriations, des tubercules, des pustules secondaires, des ulcérations diverses, est due aux irritations prolongées de la peau.

3° Que la distinction employée jusqu'aujourd'hui est sans fondement et n'existe

pas entre la *scabies vera* et *spuria d'Alibert;* la *scabies papuliformis, vesiculosa, sive lymphatica, pustulosa et cachectica, d'après Willan et Bateman;* la *scabies, psora, serpigo et psoreleosis*, d'après Fücs; de même enfin qu'entre la *scabies herpetica, scrophulosa, syphilitica*, etc., de quelques auteurs, car ces dénominations ne conviennent qu'à certaines efflorescences, ou qu'à certaines périodes de la maladie; elles sont arbitraires, et loin d'exister dans la nature, elles n'existent réellement que dans l'imagination de quelques médecins. Car de même qu'il n'y a pas de gale simplement papuleuse ou vésiculeuse, de même ne vit-on jamais de gale se caractérisant uniquement par des pustules ou des croûtes. Nous pouvons de même assurer positivement que cette maladie ne provient jamais des scrofules, de la syphilis, ni d'autres maladies de la peau. Ces diverses espèces doivent leur existence non pas à une étude attentive des galeux, mais uniquement à des opinions individuelles.

Etiologie. II. D'où provient la gale? Depuis plusieurs siècles les médecins de tous les pays se sont occupés de cette question; on a émis une foule d'hypothèses, d'opinions diverses, qui toutes ont été tour à tour discutées, combattues.

Toutes les opinions qui ont été émises jusqu'aujourd'hui, à ce sujet, se réduisent à deux thèses :

1° La gale provient d'une cause intérieure qu'on ne peut démontrer, et par conséquent purement hypothétique.

2° Elle résulte d'un *contagium* particulier.

Examinons maintenant les motifs qui parlent pour ou contre ces deux suppositions.

Dans la première hypothèse, les médecins qui admettent une dyscrasie psorique donnent les motifs suivants à l'appui de leur manière de voir :

A. L'efflorescence de la gale qui s'étend sur tout le corps.

B. L'état pathologique qui, selon eux, se rencontre en même temps dans d'autres organes.

C. Le *habitus* qu'ils disent être tout particulier aux individus atteints de la gale.

D. La facilité avec laquelle on peut faire disparaître cette affection qui, selon leur opinion, étant répercutée, se jette sur d'autres organes internes et donne lieu à des métastases (1).

Pour ce qui est du premier point, j'y répondrai plus tard, en expliquant d'une manière suffisante la cause même de la gale. Quant aux autres motifs qu'on donne à l'appui d'une dyscrasie psorique, je m'empresse de les réfuter.

I. J'ai traité jusqu'à ce jour, au grand hôpital de Vienne, plus de six mille galeux; je les ai examinés très-attentivement plusieurs fois par jour, et cependant je n'ai jamais pu observer :

a. Une constitution particulière aux galeux.

b. Des maladies d'autres organes du corps qui eussent un rapport quelconque avec la gale.

c. Jamais je n'ai rencontré de métastases ou d'autres maladies qui en soient résultées, comme le mentionnent certains auteurs sous le nom d'inflammations des membranes séreuses ou muqueuses. Le mot de scrofule de la gale est aussi une invention plutôt qu'une réalité. Parmi ce grand nombre de malades, jamais je n'ai vu atteint soit le système séreux, soit le système fibreux; peut-on affirmer que la gale ait jamais donné lieu à une inflammation des articulations, à une péricardite? Il en est de même du système nerveux; aussi je n'ai jamais rencontré de malades à qui il soit survenu soit des amauroses, soit des vertiges, soit des attaques d'épilepsie, soit des maladies mentales (2). A force de supposer, on ne sait où s'arrêter, car on a été jusqu'à dire que la répercussion de la gale pouvait donner lieu au ver solitaire (3).

D'après cette opinion, la plupart de nos maladies proviendraient de cette cause; mais enfin qu'entend-on par le nom de gale répercutée, quelle marche pathologique suppose-t-on en pareil cas?

On prétend que le froid, les astringents, le plomb, le zinc, l'onguent mercuriel, les précipités blanc et rouge, et généralement beaucoup de médicaments appliqués extérieurement font disparaître la gale, mais que, par le dépôt dans d'autres organes des matières qui devaient se fixer sur la

(1) *Fücs.* Die kraukhaften veranderungen der Haüt ünd ihrer auhange, p. 598. Psoriden. Familien charactere, etc.

(2) Voyez Fücs, p. 606.

(3) Wawrüch, practische monographie der Würmkrankheit, Wien, 1844, p. 67.

peau, les maladies ci-dessus nommées prenaient naissance. Mais, à part la contradiction très-logique qui existe sous le nom de gale répercutée, personne ne parviendra, au moyen de bains froids, des onguents de plomb et de zinc, à empêcher l'éruption de la gale, ou même à la faire disparaître. Mais si, par l'usage d'autres remèdes, tels que le soufre, les mercuriaux, la potasse, etc..., on voit la gale disparaître, on ne peut pas dire alors qu'elle a été supprimée ni répercutée, car c'est une vraie guérison.

Puisqu'on veut absolument admettre que la gale peut être répercutée, on pourrait aussi mentionner et admettre, avec autant de droit, chez un individu très-bien portant, une gale latente ou sous-cutanée pouvant se déclarer un jour, ou bien compter même au nombre des maladies la disposition de chaque homme à en être atteint; en pareil cas, nous devrions regretter d'avoir une peau, ou qu'il pût se développer en elle une maladie aussi terrible pour nous que pour nos descendants.

E. Quiconque a été à même de voir une grande quantité de galeux se sera convaincu que la plupart sont des individus jeunes, en bonne santé, et surtout du sexe masculin (dans la proportion de 7 à 1), appartenant en grande partie à la classe ouvrière. Toutes ces circonstances parlent contre une dyscrasie psorique, car, si elle existait, les personnes qui en seraient atteintes ne seraient pas dans un état de santé si brillant, toutes leurs fonctions physiologiques ne seraient pas en si bon ordre; de plus, nous ne connaissons pas de dyscrasie qui soit plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, se rencontrant si rarement chez les riches, et par opposition si souvent dans la classe ouvrière.

F. Il est possible que mon opinion, fondée sur l'expérience, ainsi que mes objections, ne soient pas reconnues suffisantes et ne trouvent pas une approbation générale. On voudra peut-être alors m'opposer la manière de voir toute contraire de quelques médecins distingués, tels que Sylvius, Helmont, Hildan, Chauliac, Paré, Fernel, Vesale, Forest, Lanzoni, Zambelli, Schulze, Beer, Lorry, Doelius, Joerdens, Plenk, Pierre, Gerardin, Auterieth, Hahnemann, Weisman, Jerzembski, Muzell, Bird, Rust, Weitenweber, Schoüllein, Fües, etc...; mais à ces arguments, j'en opposerai d'autres plus puissants encore, en citant à l'appui de mon opinion les noms de Moufet, Bonomo, Cestoni, Mead, Rivinus, Ait, Keu, Hafenreffer, Rosenstein, Frank, Delpech, Alibert, Biett, Rayer, Emery, Hildenbrand, Kluge, Raiman, Skoda, Schuh, Kolletschka, Rokitanski, etc... Tous ces médecins n'ont jamais eu l'occasion d'observer, soit au lit des malades soit à l'autopsie, une dyscrasie psorique, ou une métastase quelconque de la gale que l'on ait pu démontrer.

D'où vient donc que malgré l'absence de preuves d'une telle dyscrasie, la plupart des médecins adoptent néanmoins cette opinion? Je citerai en réponse cette phrase si connue : *L'homme ne sait presque point voir, parce qu'il trouve plus facile d'imaginer !* (1)

Il est bien plus difficile, sans doute, d'acquérir une juste connaissance de la nature de la gale par des recherches exactes et de nombreux essais; car, à cet effet, il faut non-seulement avoir une certaine adresse, mais beaucoup de zèle, de persévérance et de bonne volonté, tandis qu'il suffit d'un peu d'imagination pour admettre que la gale provient d'une dyscrasie: cela ne demande aucune peine.

Voilà pourquoi nous voyons des médecins, et tant d'autres personnes qui n'ont jamais voulu se convaincre de la vérité, faire naître la gale d'une dyscrasie particulière; cependant, dans certains pays tels qu'en Gascogne, en Corse, à Livourne, où l'adresse d'extraire les cirons s'est conservée et propagée parmi le bas peuple, nous voyons quelques médecins éclairés professer et émettre une juste opinion au sujet de cette maladie.

II. La propagation de la gale *ex contagio proprio* n'a été niée par personne, pas même par ceux qui admettent une dyscrasie de cette nature; mais en quoi consiste ce *contagium*, comment se développe-t-il, se propage-t-il sur d'autres individus? A ce sujet, il existe aussi des opinions et des hypothèses bien diverses.

Pour trancher la question et mettre fin à ces débats, il ne suffit pas de combattre ces idées par de pures hypothèses qui ne valent pas moins que les premières; pour

(1) Voyez *Alibert*, *Description des maladies de la peau.* Paris 1814, art. 5, Psorides, p. 252.

arriver à ce but, il faut faire de nombreux essais, rassembler des faits et appuyer là-dessus les preuves que nous donnons à l'appui de notre thèse.

Quoiqu'on ait souvent fait de tels essais, ils ne sont néanmoins pas en proportion des ouvrages qui ont paru sur la gale; Vezin nous en fait connaître la cause, car comme il dit fort bien : le nombre des médecins qui écrivent est partout plus grand que le nombre de ceux qui expérimentent (1).

Cependant il y a plusieurs médecins qui ont cherché la cause de ce *contagium*, en inoculant ou en frottant sur la peau de personnes saines le fluide contenu dans les efflorescences de la gale, de même qu'en leur transmettant le sarcopte. Les résultats qu'on on a obtenus en divers temps et lieux sont parfaitement les mêmes, car personne n'a réussi, à l'aide de ce fluide, à faire naître ni à transmettre la gale, quoique Autenrieth, Mouronnal, Stannius, Albin Gras, Sonnenkalb, Kôhler, Heyland etc.., aient souvent réitéré ces essais; au contraire ceux que Waltz, Hertwig, Ritter, Hering, etc.. ont faits sur les animaux, et que Albin Gras, Kôhler, Heyland, Hertwig, Hugo, Sonnenkalb ont souvent réitérés sur les hommes ont toujours eu le même résultat, c'est-à-dire que chaque fois qu'ils leur ont transmis le sarcopte, la gale s'ensuivit tant chez les uns que chez les autres.

Si je joins à ces essais ceux que j'ai faits sur ma propre personne, la réalité de la chose n'en sera que mieux fondée, car c'est par le résultat de ces essais que j'ai été conduit à la vérité.

Je m'inoculai souvent le fluide des vésicules de la gale, sans cependant être jamais atteint de cette maladie.

Finalement je plaçai à la face interne du doigt médius de la main gauche un sarcopte vivant que j'avais eu soin d'observer au microscope, et au bout de huit jours, pendant lesquels j'éprouvai dans tout le corps une forte démangeaison, les premiers boutons de la gale apparurent en même temps dans les deux mains. Pendant l'espace de deux mois, je laissai marcher la maladie sans faire un traitement et je pus ainsi observer tous les symptômes que j'ai décrits plus haut. Je répétai l'expérience sur plusieurs personnes en ayant soin de placer le sarcopte sur diverses parties du corps; la gale se manifesta chez la plupart, je ne dis pas sur tous, car il en est de cette maladie comme de la petite-vérole, de la rougeole, etc.., toutes les personnes qui se trouvent en contact avec ces individus affectés de ces exanthèmes n'en sont pas toujours atteintes. D'ailleurs on sait qu'il y a des personnes privilégiées qui ne sont jamais tourmentées par les poux, les punaises, les *pediculi pubis* ou par d'autres insectes parasites qui s'attachent à l'homme.

En admettant donc que le sarcopte produit la gale, nous devons nous faire les questions suivantes :

(A) D'où provient le sarcopte, comment naît-il et se propage-t-il?

(B) De quelle manière se communique-t-il d'un individu à un autre?

(C) Comment le sarcopte donne-t-il lieu à la gale?

Quant à la première question, je laisse aux physiologistes *ex professo* le soin de décider s'il y a dans ce cas une *generatio æquivoca*, ou si les sarcoptes naissent *ex ovo;* je ne déciderai pas la question. Cette dernière opinion, qui est aussi la mienne, est fondée sur la découverte assez fréquente d'œufs de cirons sur le corps humain et sur celui de quelques animaux, comme le prouvent du reste Waltz (1), Ritter (2) et Hertwig (3). Ces savants ont non-seulement observé dans les cirons des chevaux et des moutons la différence des deux sexes, mais ils les ont vus s'accoupler et déposer leurs œufs, dont la grandeur est du tiers de ces insectes; on en trouve quelquefois dans les sillons à côté d'un sarcopte mort et desséché.

La manière dont les sarcoptes se communiquent d'un individu à un autre fut pour moi pendant longtemps une vraie énigme, car on ne les trouve jamais que dans leurs sillons, qu'ils ne quittent certainement pas sans motifs, pour passer sur un autre individu, vu que ce trajet est immense pour un si petit insecte.

(1) Vezin. Uber die Krütze ünd deren Behandung. Osnabrüik, 1843.

(1) Waltz. Natur ünd behandlüng der schaafraüde. Stuttgard, 1809.

(2) Ritter. Die schaafraude. Stuttgard, 1841, p. 41.

(3) Hertwig et gürlt. Vergleichende untersüchüngen über die haüt der Menschen ünd über die kratz, ünd Raündemilben. Berlin, 1844, p. 40.

Des observations suivies et assidues m'enseignèrent enfin que la transmission des sarcoptes d'une place du corps à une autre, tant sur le même individu que sur d'autres personnes se *fait toujours par les galeux eux-mêmes*. Nous voyons en effet souvent des sillons ouverts et égratignés dans lesquels il n'y a point de sarcoptes ; il est donc probable qu'en se grattant, les malades les ont arrachés de leurs sillons avec leurs ongles.

Le motif qui fait que les sillons sont égratignés et à découvert et la manière dont cela arrive sont faciles à expliquer : l'action du sarcopte qui creuse son sillon faisant naître à cette même place une grande démangeaison, le malade y porte involontairement la main pour se gratter, il égratigne et ouvre donc le canal, en enlève le sarcopte qu'il tient ainsi fixé à ses ongles, le communique à sa personne ou à tout autre individu qui vient en contact; de cette manière il contribue non-seulement à propager la maladie sur son propre corps, mais à la transmettre aussi aux autres. A part cela, nous devons admettre que les cirons et leurs œufs s'attachent aussi aux habillements et au linge du malade, et ils contribuent ainsi à propager la gale.

Nous ne savons pas encore positivement combien de temps un sarcopte peut vivre hors du corps humain; Hertwig, Ritter, Heyland admettent une durée de trois semaines, Vezin prétend que des sarcoptes décrépits et à moitié morts de faim reprennent bien vite leurs forces primitives, dès qu'ils sont de nouveau mis en contact avec la peau humaine.

Il est plus difficile d'expliquer comment le sarcopte produit la gale, surtout si l'on considère qu'on le trouve toujours aux mains et aux pieds, et rarement ailleurs; que les efflorescences de la gale, loin de se borner à ces parties, apparaissent sur tout le corps, et que par conséquent la présence du sarcopte est en proportion indirecte des efflorescences de la gale, en un mot, que la cause ne répond pas à l'effet.

Sous ce rapport, l'expérience nous enseigne qu'une irritation purement locale et passagère de la peau suffit souvent pour faire naître des maladies cutanées sur une grande partie du corps, par exemple, les ouvriers qui sont exposés à une grande chaleur, tels que les boulangers, les serruriers etc.., sont souvent atteints de l'eczema, du lichen, de l'impetigo, et cela non-seulement dans les parties du corps les plus exposées à ces influences nuisibles, mais aussi dans d'autres qui en sont plus éloignées. Nous voyons aussi que des frictions locales faites avec la pommade soufrée, alcaline et d'Autenrieth, produisent souvent sur des individus à peau fine des éruptions générales de vésicules, de papules, ou de pustules. Il arrive parfois qu'un sinapisme, un vésicatoire, ou une excoriation superficielle de la peau suffisent pour donner lieu à un érythème très-étendu, ou même à une inflammation de la peau. Chacun sait que chez quelques individus un emplâtre résineux, un petit frottement ou la morsure d'un insecte font naître des papules et des ampoules, non-seulement dans les parties qui ont été directement attaquées, mais aussi dans d'autres plus éloignées.

D'un autre côté, nous savons que chaque parasite qui vit dans et sur la peau des hommes et des bêtes produit dans ce même organe divers changements qui dépendent autant de la variété de l'insecte que de l'organe qu'il a attaqué. Je ne mentionnerai ici que les insectes de nos climats qui attaquent la peau humaine, et je citerai les efflorescences qu'ils produisent.

Nous voyons que les piqûres des puces font naître une petite tache rouge nommée *purpura pulicosa*, provenant de l'extravasation du sang; les cousins, les punaises, les chenilles donnent lieu à des papules et à des ampoules accompagnées de prurit; les diverses espèces de poux, comme le pediculus humani capitis, pediculus humani corporis, pediculus pubis, font naître de petits boutons rouges semblables au lichen. Toutes ces diverses efflorescences (celle des puces et des punaises exceptée) apparaissent sur des parties du corps assez grandes, sur lesquelles il n'y a pas même eu d'insectes. Ces derniers procurent sur tout le corps une démangeaison très-vive qui oblige les malades à se gratter et à s'excorier plus ou moins fortement, à raison de leurs ongles et de la quantité d'insectes qu'ils ont sur le corps.

Puisqu'il résulte de tout ce qui précède qu'une irritation quelconque de la peau, souvent passagère et locale peut donner lieu à un prurit général et à des efflorescences,

à plus forte raison nous devons admettre que la persistance d'une irritation, même bornée à une région circonscrite, comme celle qui résulte de la présence du sarcopte de la gale sous l'épiderme, peut faire naître une démangeaison générale, et même une éruption qui s'étend sur tout le corps.

D'après mon opinion, l'éruption psorique a lieu de la manière suivante : L'irritation que cause le sarcopte en creusant son canal produit et entretient sur la peau un état de congestion qui occasionne de la démangeaison et une exsudation dans l'appareil folliculaire, d'où il résulte que les follicules s'enflent, et, selon l'épaisseur de l'épiderme, apparaissent alors sous la forme de boutons, de papules ou de vésicules. Le fluide albumineux que contient le follicule se transformant en pus, on voit alors naître la pustule primitive de la gale; puis l'exsudation continuant, à la pustule succède bientôt le tubercule; la suppuration augmente, et comme dernière période, les pustules secondaires se recouvrent d'une croûte; quant aux ulcérations, elles resultent des frottements continuels des malades qui sont quelquefois tellement tourmentés, qu'ils s'arrachent la peau jusqu'à ce que le sang coule.

J'espère avoir ainsi expliqué d'une manière conforme à la nature tous les phénomènes de la gale.

— *Traitement.* — D'après les motifs étiologiques de la gale que j'ai mentionnés ci-dessus, les indications du traitement se réduisent :

1° A détruire le sarcopte qui cause la gale.

2° A guérir les efflorescences.

3° A prévenir une nouvelle infection.

Quant au premier point, tous les moyens qui ont été employés jusqu'aujourd'hui, tant par le bas peuple que par les médecins, pour atteindre ce résultat, consistent en des moyens mécaniques ou chimiques. Nous mentionnerons premièrement l'adresse des galériens de Livourne, et d'après le témoignage de Renucci, celle des vieilles femmes corses à extraire les cirons. Nous savons que non-seulement le bas peuple, mais aussi quelques médecins emploient la brique, la pierre-ponce, la craie réduites en poudre fine, ainsi que les cendres; ces remèdes agissent d'une manière efficace, mais purement mécanique; car en détruisant les sillons, ils en chassent et éloignent les sarcoptes et détruisent par conséquent la cause même de la maladie. Cependant ce résultat est très-incertain, vu qu'il reste facilement quelques sillons intacts, ou que les sarcoptes qui en ont été extraits vivants se cachent de nouveau sous l'épiderme. Il vaut donc mieux donner la préférence aux remèdes qui détruisent les sarcoptes et les œufs dans les sillons mêmes.

D'après les essais de Waltz et de Hertwig sur les cirons des animaux, et ceux de Albin Gras sur les cirons de la gale, nous connaissons plusieurs substances propres à tuer ces insectes; mais il n'est pas indifférent de savoir de quelle manière et en combien de temps on obtient ce résultat.

On sait par expérience que les sarcoptes peuvent rester impunément sept jours dans l'eau froide et dix dans l'eau chaude (30° Réaum.); qu'ils peuvent vivre également dans l'urine de cheval, dans le vinaigre, dans l'eau de chaux, de savon et, que, placés sur un verre recouvert d'onguent napolitain, ils peuvent résister pendant 2 ou 4 jours; au contraire, une solution de sel commun, de sublimé, d'arsenic, de sulf : ferri, cupri, zinci, d'acet : plumbi, d'alun, ou une décoction de feuilles de tabac, de jusquiame ou de belladone, d'ellébore blanc ou noir, enfin de l'ammonia pura liquida suffit pour les faire périr dans l'espace de quelques heures (de 2 à 20).

L'acide pyroligneux, les huiles de térébenthine, l'huile animale de Dippel, la solution de potasse, de goudron, d'hydriodate de potasse, le soufre pur ou combiné avec des alcalis, font périr les sarcoptes subitement ou dans l'espace de quelques minutes.

On comprendra donc facilement pourquoi on a administré dans le traitement de la gale des remèdes si nombreux qui, tout opposés qu'ils paraissent dans leur manière d'agir, ont néanmoins tous conduit à un heureux résultat, car tout ce qui tue le sarcopte a le pouvoir de guérir la gale.

Le remède dont on se sert en pareil cas paraît être assez indifférent au premier abord ; cependant il faut encore avoir égard à d'autres circonstances dans le traitement de cette maladie; il faut voir aussi si le remède qu'on a choisi n'est nuisible ni à la peau, ni au reste de l'organisme, s'il

est peu coûteux et facile à préparer, s'il salit et gâte peu le linge, toutes choses bien importantes à considérer.

Les qualités d'un bon remède sont donc :

1° De contenir une des substances ci-dessus mentionnées, afin de faire périr promptement les sarcoptes et leurs œufs ;

2° D'irriter le moins possible la peau, afin de ne causer aucune autre efflorescence ;

3° De ne contenir aucune substance nuisible au reste de l'organisme ;

4° D'être d'une consistance telle qu'il adhère assez à la peau pour qu'on ne puisse pas l'enlever facilement ; aussi les onguents me paraissent-ils préférables ;

5° D'endommager le moins possible le linge ;

6° D'être d'une préparation facile et peu coûteuse.

Il existe à la vérité des traitements qui réunissent toutes ces indications, mais aussi il y en a beaucoup qui sont plus nuisibles qu'utiles.

Malgré le nombre infini des remèdes préconisés contre cette maladie, nous voyons néanmoins tous les jours des médecins qui croient s'immortaliser en imaginant quelque nouvel antipsorique.

De toutes les médications connues jusqu'à ce jour (1), les fumigations sulfureuses me semblent les moins propres à atteindre le but proposé, la peau en effet ne tarde pas à s'en ressentir d'une manière fâcheuse. Le traitement d'après la méthode anglaise, ou celle modifiée par Vezin me paraît plus convenable ; il en est de même des onguents d'Helmerich, de Mayssl ou de Wilkinson.

Le traitement que j'ai d'abord suivi dans mon service à l'hôpital général de Vienne a été la méthode anglaise modifiée : au lieu d'employer une température élevée, je me suis contenté de mettre les malades nus dans une couverture de laine.

Le terme moyen de la durée du traitement, y compris le temps nécessaire pour guérir les efflorescences secondaires et les ulcérations, a été de 9 à 12 jours, selon le degré de la maladie.

Je vis bientôt que cette méthode ne répondait pas entièrement à mon attente, mais qu'elle donnait lieu à plusieurs éruptions secondaires, telles que l'eczema rubrum et impetiginosum, l'impetigo, l'ecthyma, le psoriasis, le lichen, etc., qui, à la vérité, disparaissaient le plus souvent sans aucune médication spéciale, mais pour la guérison desquelles il fallait moitié plus de temps que pour la guérison de la gale même. Bien plus, ce traitement donnait souvent lieu, chez des sujets à peau fine, à des eczemas qui s'étendaient sur tout le corps, duraient plusieurs mois, et occasionnaient aux malades des douleurs bien plus vives que toutes celles qu'ils avaient éprouvées avant leur traitement.

J'ai cherché par tous les moyens possibles à remédier à cet inconvénient, et à prévenir les efflorescences consécutives, résultant de chaque espèce de traitement ; à cet effet, j'ai employé des onguents avec et sans soufre, des lotions avec la potasse, le chlorure de chaux, le sulfate de cuivre, etc., sans pouvoir néanmoins prévenir les eczemas qui étaient d'autant plus rebelles que le remède antipsorique avait été plus énergique.

L'étiologie de la gale nous prouvant que cette affection provient uniquement des sarcoptes qu'on ne trouve presque toujours qu'aux mains et aux pieds, je me suis arrêté à un mode de traitement qui, suivant mon opinion, me paraissait remplir toutes les indications, et voici les expériences que j'en ai faites :

Je choisis deux individus offrant un exemple de gale confluente au plus haut degré, et chez lesquels on remarquait toutes les diverses sortes d'efflorescences que nous avons signalées plus haut. Les sillons et les cirons de la gale, quoique très-nombreux, n'existaient néanmoins qu'aux mains et aux pieds de ces individus. Malgré les recherches les plus assidues, il me fut impossible d'en découvrir ailleurs. Trois jours de suite je fis faire aux malades des frictions avec l'onguent Wilkinson modifié (c'est-à-dire sans employer l'hydrosulfuretum ammoniæ, et en diminuant la quantité du soufre et de la poix). Ces frictions, qui étaient répétées trois fois par jour, n'étaient faites que *sur les mains et sur les pieds* ; pendant tout ce temps, les malades furent assez bien nourris et ne firent usage intérieurement d'aucun remède quel-

(1) *Fücs*, page 609. *Rieche*, Handbüch über die Krankheiten der haüt. Dresde 1841, p. 139. — *Casenave*, ünd *schedel*. Practische darstellüng der haüt Krankheitens. Weimar 1839, p. 46. — *J. Frenk*, die Haüt krankheiten. Leipzig 1843, 3 Theil, p. 111, etc.

conque. Il leur fut défendu de rester au lit.

Au bout de ce temps, tous les cirons que je parvins à extraire des sillons étaient morts; en certains endroits j'en vis à peine quelques restes, et il me fut impossible d'en rappeler un seul à la vie.

Les efflorescences qui existaient précédemment aux pieds et aux mains n'offrirent plus rien à mes yeux qu'une simple desquammation, celles du corps apparurent desséchées, et le prurit cessa entièrement. Ces individus furent soumis pendant une semaine à une observation journalière et attentive, ils prirent tous les jours un bain tiède, et alors tout avait disparu. Dans la quinzaine qui suivit, n'ayant remarqué aucune apparence de sillons qui indiquât une persistance ou une récidive de l'affection, je les renvoyai.

Pour acquérir une plus grande certitude, je fis aussi des contre-épreuves; à cet effet, je choisis deux individus très-galeux qui n'avaient aussi des sillons qu'aux mains et aux pieds; j'enveloppai ces extrémités avec des linges, et cela assez exactement pour que ces parties ne pussent être en contact immédiat avec d'autres. Ces malades furent ensuite déshabillés en ma présence et frottés sur tout le corps avec l'onguent Wilkinson modifié, excepté aux mains et aux pieds; je les fis ensuite mettre au lit enveloppés dans des couvertures de laine de manière à produire une prompte et abondante transpiration. Ces frictions furent répétées toutes les huit heures, de façon qu'au bout de trois jours, elles furent renouvelées neuf fois de la même manière. Le quatrième jour, je leur fis prendre un bain tiède et ôter les linges qui enveloppaient les extrémités. En les examinant avec soin, je vis alors que plusieurs parties de leur corps qui avaient été frottées avec l'onguent étaient actuellement affectées d'un eczema rubrum *artificiale è sulfure* qui n'existait pas auparavant. La plupart des efflorescences s'étaient affaissées ou avaient disparu, mais les excoriations, les grandes pustules (phlyzacia), de même que les ulcérations, sécrétaient une grande quantité de matière purulente. Les boutons de la gale qui existaient précédemment aux mains et aux pieds s'étaient considérablement développés, de manière que les papules s'étaient changées en vésicules, et celles-ci en pustules, enfin tous les *sillons étaient demeurés intacts*; les sarcoptes qu'ils contenaient et que j'examinai au microscope étaient tous *pleins de vie* et couraient sur le verre. Ces derniers essais furent renouvelés sur quatre autres galeux et donnèrent les mêmes résultats. En général, la maladie sur le corps parut diminuer la première semaine, dans quelques cas même elle parut guérie, mais le prurit ne tarda pas à se faire sentir de nouveau; il se forma aux mains et aux pieds de nouvelles efflorescences, de même que des boutons, des pustules et des excoriations sur le reste du corps; en un mot, la gale reparut avec une nouvelle intensité, et ne disparut chez ces six malades qu'après que l'on eût fait des frictions aux mains et aux pieds.

Il résulte de ces essais qu'on ne peut faire disparaître la gale qu'en détruisant les cirons, et que les remèdes employés à cet effet doivent être appliqués directement à la place même qu'ils occupent, car il est faux que les moyens mis en usage agissent par absorption, comme Wichman (1) et quelques autres le croient; ils n'agissent que lorsqu'ils restent en contact plus ou moins de temps avec les sarcoptes.

Voici le traitement que je suis actuellement. J'emploie l'onguent Wilkinson modifié de la manière suivante :

Terræ cretosæ, *uncias quatuor*.
Sulfuris venalis.
Picis liquidæ (de chaque) *uncias sex*.
Saponis domestici.
Axungiæ porci ãã *libram*.

Cette quantité suffit pour vingt individus. La craie que cet onguent contient agit mécaniquement en détruisant les sillons; le soufre tue les sarcoptes, et les autres ingrédients, tels que le savon, la poix et l'axonge lui donnent la consistance convenable.

Après que le malade a pris un bain tiède, je l'examine attentivement pour voir s'il ne présente pas des sillons sur quelque partie du corps autre que les mains et les pieds, ce qui arrive très-rarement (2 fois sur 100 cas), je fais frictionner ces extrémités ainsi que les autres parties suspectes avec l'onguent ci-dessus nommé, et coucher les malades par mesure de précaution, pour qu'ils ne communiquent pas de nouveaux cirons aux individus qui sont déjà

(1) *Wichman* Ideen zur Diagnostik. Wien, 1807, p. 243.

convalescents. Cette mesure est indispensable, car je n'ai pas à ma disposition une salle dans laquelle je puisse séparer les nouveaux venus de ceux qui sont déjà en traitement. Deux fois par jour on répète les frictions, et au bout de trois jours le traitement est terminé. Pendant la semaine qui suit, chaque jour je fais prendre un bain, le malade restant sous ma surveillance jusqu'à ce que toutes les efflorescences aient entièrement disparu, ce qui a toujours lieu au bout de six ou sept jours.

Les avantages de ce traitement sont trop évidents pour que j'insiste davantage; seulement je ferai remarquer que nul n'est aussi peu dispendieux, même en le comparant au traitement avec l'onguent de Vezin modifié. Autrefois nous avions besoin de huit onces d'onguent, tandis que maintenant deux suffisent par individu.

Quant aux efflorescences, nous l'avons déjà dit, il suffit de quelques bains tièdes pour les faire disparaître après la mort des sarcoptes. Il arrive cependant que dans quelques cas, la guérison est un peu plus lente; cela dépend de plusieurs circonstances que je dois mentionner : ou les malades ont déjà suivi un traitement qui a déterminé de nombreuses efflorescences, ou bien ils portent dans certaines régions des tubercules rouges provenant d'une pression longtemps prolongée ou d'une profession sédentaire; il faut donc toujours voir à la ceinture et aux fesses pour s'assurer s'il n'existe pas de ces tubercules. Dans ce cas, comme ils sont assez rebelles à se dissiper, pour accélérer leur guérison, voici la méthode que je suis : je les fais entrer en suppuration en appliquant dessus des compresses trempées dans une solution (de kali caustic : drachm. j, aquæ comm., libram *j*) que l'on continue jusqu'à ce qu'ils aient disparu, ce qui ne dure guère plus de 48 heures. Des bains et quelques fomentations suffisent pour guérir les ulcérations que les malades se font en se grattant.

On peut encore, pour les efflorescences artificielles ou secondaires, employer avec succès, comme dans l'eczema ou l'impetigo, des compresses froides, des douches où la pommade de zinc. (Oxyd. zinci drachm., j, axung, porc. unc. j.)

Quant à la troisième indication, qui est d'empêcher *une nouvelle infection*, je crois qu'on devrait prendre les mesures suivantes :

A. Isoler les nouveaux venus de ceux qui sont déjà en traitement.

B. Avoir des salles particulières avec lit et linge à part pour les malades qui sont soumis au traitement.

C. Des salles particulières destinées aux convalescents.

D. Une salle où le linge et les habits des galeux seraient désinfectés, d'après les idées que nous a communiquées M. Vezin, dans son Traité ci-dessus nommé.

Enfin, une surveillance plus sévère de tous les établissements où vivent en grand nombre les individus de la classe ouvrière, tels que les garnis, les ateliers de tailleurs, de cordonniers, de menuisiers, etc., les manufactures ; car ce sont ces endroits qui nous donnent chaque année un si grand nombre de galeux. Ce sont de ces améliorations que nous appelons de tous nos vœux, *pia desideria;* mais, comme tant d'autres, elles se feront malheureusement attendre.

De tout ce qui précède, il résulte :

1° Que la présence des sillons et des sarcoptes est absolument nécessaire au diagnostic de la gale ;

2° Que la gale se communique par le transport du sarcopte ;

3° Que cet insecte se trouve presque toujours aux mains et aux pieds :

4° Que les efflorescences observées proviennent, d'une part, du travail des sarcoptes pour creuser leurs sillons dans l'épiderme ; de l'autre, de la pression et du frottement ; enfin, que les ulcérations sont causées par les malades en se grattant ;

5° Qu'il suffit, pour guérir la gale, d'en détruire les sarcoptes ;

6° Qu'il suffit, à cet effet, de faire des frictions aux mains et aux pieds avec une pommade contenant des substances nuisibles aux sarcoptes ;

7° Les récidives proviennent d'une nouvelle infection, ou de ce que les sarcoptes n'ont pas été tous détruits; et alors le traitement a été mal fait;

8° Il n'existe point de dyscrasie psorique ; la gale n'épargne personne, et atteint aussi bien les individus cachectiques que ceux qui sont en bonne santé. Sa durée prolongée doit nécessairement avoir une influence nuisible sur l'organisme ; car un système aussi important que celui de

la peau ne peut être troublé dans ses fonctions sans en souffrir. D'ailleurs des exsudations continuellement répétées sur la peau doivent nécessairement donner lieu à un manque de liquides, à une anémie et à un dépérissement général.

9° Les métastases de la gale sont des chimères qui n'ont été réellement inventées que dans les livres, et non des faits observés au lit des malades ; nous espérons qu'elles tomberont bientôt dans l'oubli.

OBSERVATIONS.

POURPRE HÉMORRHAGIQUE. — RÉCIDIVE. — ANÉMIE. — ÉPISTAXIS. — SYMPTÔMES DE COMPRESSION CÉRÉBRALE. — MORT. — AUTOPSIE APRÈS 36 HEURES (1).

Nous avons déjà publié dans les *Annales* (2) l'observation de Paccard (François), qui, après être resté à l'hôpital Saint-Louis près de trois mois, pour un pourpre hémorrhagique, compliqué d'une éruption ortiée, et suivi d'hémorrhagies graves, sortit complétement guéri, au moins en apparence.

Paccard rentre à l'hôpital Saint-Louis le 4 novembre, après deux mois d'absence. Pendant ce temps il avait repris ses travaux habituels, et se fatiguait à peu près autant qu'il le faisait en bonne santé. Cependant loin de recouvrer ses forces, il les perdait graduellement, et quoique pendant plus de six semaines il n'ait eu aucune hémorrhagie, sa constitution se détériorait de plus en plus, l'appétit disparaissait; enfin le malade avait de temps en temps de petits accès de fièvre. Il fut contraint de demander de nouveau son admission dans les salles de M. Cazenave. Lors de son entrée il présentait l'état suivant :

Il n'y a pas d'amaigrissement sensible; mais la peau, et surtout celle du visage, présente une coloration d'un jaune de cire extrêmement prononcée, se rapprochant beaucoup de celle de la chlorose, et indiquant comme elle une profonde anémie. Les lèvres sont pâles; la muqueuse de la bouche l'est également. Les sclérotiques ont une teinte bleuâtre ; les mains sont blanches; pas une seule plaque rose ne vient varier la couleur uniforme du tégument; seulement quelques taches de purpura, très-peu étendues et peu nombreuses, sont parsemées sur la peau des jambes, des bras et sur le visage : la muqueuse buccale en présente beaucoup plus à proportion, et l'on y voit de nombreuses ecchymoses; sur les bords de la langue en particulier, il s'en forme à chaque instant de nouvelles, dont quelques-unes prennent la forme d'une bulle. Quelques jours avant l'entrée de Paccard à l'hôpital, des épistaxis ont reparu ainsi que le saignement des gencives. Mais ces hémorrhagies n'ont jamais été plus abondantes que depuis l'entrée du malade. Chaque jour, en effet, il perd par la bouche une forte proportion de sang qui suinte sans cesse par les gencives molles et détachées des dents, mais non fongueuses. Il y a eu aussi deux épistaxis dans chacune desquelles le malade a perdu au moins deux palettes de sang.

Le malade, par suite de ces hémorrhagies continuelles, se trouve plongé dans un profond état de faiblesse; car ayant voulu se lever le troisième jour de son entrée, il éprouva une syncope prolongée; depuis ce temps, il lui est à peu près impossible de quitter le lit.

Le 12 novembre, Paccard éprouve de légers frissons dans la journée et de la fièvre le soir. Le lendemain la fièvre n'existait plus, mais le malade était très-abattu et éprouvait une violente céphalalgie. La fièvre revint le soir, et se reproduisit ainsi périodiquement jusqu'à l'époque de la mort. Tout à coup le 16 le malade se trouva beaucoup plus mal qu'il ne l'avait encore été : il éprouvait un accablement profond, une espèce de résolution générale, une impossibilité à peu près complète de se mouvoir, de la céphalalgie et des vomissements; le pouls était faible et lent. Il n'y avait pas eu d'hémorrhagie externe; mais M. Cazenave ne put s'empêcher de croire à une hémorrhagie dans les centres nerveux ou dans le méninges crâniennes. Enfin des hémorrhagies s'étaient faites dans différentes régions, sous la peau, et non plus dans l'épaisseur de cette membrane, comme auparavant. Le malade éprouva quelques syncopes dans la journée, puis une dernière à la suite de laquelle il succomba, à huit heures du soir.

(1) Observation recueillié par M. Racle, interne.
(2) Numéro d'août 1844, page 18.

Pendant ce dernier séjour à l'hôpital, le malade fut mis au traitement qui déjà une première fois l'avait sinon guéri, du moins soulagé, et qui consistait dans l'usage du quinquina, du ratanhia, de la glace, des acides, et surtout de l'acide citrique, du seigle ergoté.

L'autopsie fut faite le 18 novembre, et montra les lésions suivantes :

Le cadavre est celui d'un homme très-vigoureux et fortement constitué; il n'y a pas d'émaciation, mais seulement une pâleur extrême des téguments.

La cavité abdominale ne contient pas de liquide; l'intestin est sain. L'estomac présente à sa surface péritonéale une grande quantité de vergetures sanguines qui sont le résultat de petits épanchements de sang sous la séreuse, et surtout entre les fibres de la tunique musculaire. Sous la muqueuse du même organe existent de nombreuses ecchymoses arrondies, entièrement analogues à celles de la muqueuse buccale. Dans aucun point il n'existe de traces d'inflammation. Le foie est diminué de volume; son tissu est dense et entièrement décoloré; il ressemble beaucoup, pour la couleur, au foie gras, avec lequel, du reste, il n'a que ce point de ressemblance; ses gros vaisseaux contiennent encore un sang liquide et d'un rouge très-clair. La rate est relativement encore plus diminuée de volume; elle est très-pâle, molle et flasque; à la coupe, au lieu d'offrir une boue couleur lie de vin, elle ne présente qu'un liquide épais exactement couleur de chair.

Les poumons sont le siége d'un engouement hypostatique à leur partie supérieure; mais celui du côté gauche offre dans son lobe antérieur, vers la surface, plusieurs petits noyaux violets, très-durs, qui à la coupe montrent de véritables foyers apoplectiques dans lesquels il semble que le tissu pulmonaire ait été rompu au centre; la surface de la coupe est noirâtre, irrégulière; on peut en enlever quelques petits caillots sanguins. L'on trouve dans le poumon gauche, vers le sommet et le bord antérieur, une dizaine de ces petits foyers sanguins. Le poumon droit, beaucoup plus sain, n'en contient que trois ou quatre.

Le cœur est le siége de lésions plus curieuses encore: d'un volume très-considérable, mou et flasque, il est couvert à sa surface extrême de petites taches sanguines très-rapprochées, d'un rouge très-vif, et formées par du sang épanché entre les fibres musculaires et le feuillet viscéral de la séreuse. Ces taches ressemblent complétement à celles de quelques purpura, dont les ecchymoses sont très-petites. Le tissu charnu du cœur est très-sain, sauf sa pâleur. L'endocarde présente des lésions plus graves encore que le péricarde. Il existe un épanchement sanguin assez abondant sous cette membrane, à la face interne de l'oreillette gauche, et principalement sur la cloison inter-auriculaire. L'oreillette droite présente la même lésion, mais à un degré bien plus considérable encore; toute sa surface interne est le siége d'une vaste ecchymose qui occupe non-seulement le tissu cellulaire sous-séreux, mais encore le tissu musculaire auquel elle donne une épaisseur considérable et une consistance presque cartilagineuse. Du reste, les orifices n'ont souffert aucun changement marqué. Les lésions que j'indique ne se sont pas étendues dans les ventricules; l'on ne trouve dans ces cavités que de rares ecchymoses. Le sang trouvé dans le cœur et les gros vaisseaux était complétement liquide.

Il est à remarquer qu'il n'y a d'épanchement sanguin ni dans le péritoine, ni dans le péricarde, ni dans les plèvres. Il n'en sera pas de même de l'arachnoïde, comme nous allons l'indiquer.

Après l'enlèvement de la voûte du crâne, il est facile de voir, à la couleur bleue de la dure-mère, qu'il existe au-dessous de cette membrane un épanchement de sang. En effet, dans toute la moitié droite de la cavité arachnoïdienne existe une suffusion sanguine disposée en nappe uniforme sur toute la surface de l'hémisphère, et se prolongeant un peu vers la base. La couche de sang qui la forme est bien dans la cavité de l'arachnoïde, et l'on peut très-facilement la détacher avec le dos du scalpel du feuillet pariétal et du feuillet viscéral; le sang en est très-fluide, semblable à de la gelée de groseille délayée dans de l'eau, très-peu adhérent aux membranes; sa quantité totale peut être évaluée à 60 grammes. Dans trois points, il existe du sang épanché dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. D'abord, sur l'arête qui résulte de la réunion de la face interne et de la face externe de l'hémisphère droit, à peu près à la partie moyenne de la grande scissure interlobaire, on voit un petit foyer sous-arachnoïdien, assez épais, formé de sang coagulé, qui ne pénètre nullement dans la substance cérébrale; ensuite, un deuxième foyer assez considérable entoure les vaisseaux de la scissure de Sylvius du côté gauche; enfin un troisième épanchement plus considérable remplit l'espace sous-arachnoïdien antérieur de la base du cerveau, et enveloppe complétement les pédoncules cérébraux. Il n'y a, du reste, aucun foyer apoplectique dans la substance du cerveau et du cervelet; il n'y a pas davantage de sang épanché dans les ventricules cérébraux.

PÉRIOSTOSE SYPHILITIQUE. — SYMPTÔME CONSÉCUTIF A UNE BLENNORRHAGIE, SANS ACCIDENTS INTERMÉDIAIRES. — GUÉRISON RAPIDE PAR LE PROTO-IODURE DE MERCURE (1).

Hôpital Saint-Louis, service de M. Cazenave.

L... (Reine-Adélaïde), 29 ans, brunisseuse, a toujours été bien portante et bien réglée, et a eu cinq enfants, dont deux sont encore vivants.

Il y a neuf mois, son mari lui communiqua un écoulement blennorrhagique assez abondant, dont elle ne s'aperçut pas d'abord, à cause d'une métrorrhagie intense, survenue peu de jours après, par le saisissement que lui causa le suicide de son mari. Plus tard elle s'en aperçut; la blennorrhagie devint douloureuse, et s'accompagna d'un sentiment de douleur en urinant et d'une tuméfaction de la vulve. La malade assure n'avoir jamais eu de chancres ni aux parties génitales ni à l'anus; il n'y eut pas non plus de bubons.

L'écoulement dura très-longtemps; il ne s'arrêta que vers le mois de septembre, un mois avant l'entrée à l'hôpital. Depuis cette époque, il ne se manifesta ni mal de gorge, ni éruption cutanée, ni pustules plates, ni ulcères cutanés, enfin aucun des symptômes dits secondaires de la syphilis.

Au mois d'août, des douleurs vives se firent sentir, comme seuls symptômes consécutifs, dans les épaules et dans le cou; elles ne quittaient pas le siége que j'indique; elles revenaient principalement la nuit, et causaient une insomnie presque constante. En même temps se manifesta vers l'extrémité interne de la clavicule gauche une douleur vive, insupportable, et qui empêchait complétement les mouvements du bras et du col; elle s'accompagna d'une tuméfaction légère et graduellement croissante qui ne se recouvrit jamais de rougeur.

Pendant trois semaines les douleurs furent très-aiguës et retinrent la malade au lit, sans qu'il se manifestât la moindre trace d'inflammation. Bientôt la tumeur devint grosse comme un œuf de poule. Quinze sangsues y furent appliquées et en diminuèrent le volume.

La malade entra à l'hôpital Saint-Louis le 3 octobre 1844, salle de l'Ancienne-Lingerie, n. 14 : elle était dans l'état suivant :

Les organes génitaux sont parfaitement sains; ils ne sont le siége d'aucune lésion et d'aucun écoulement; il n'y a ni rougeur ni ulcérations à la gorge.

L'extrémité interne de la clavicule gauche porte une tumeur grosse comme un marron, arrondie, demi-dure et comme fibro-cartilagineuse, qui fait corps avec l'os et se perd insensiblement sur sa surface extérieure, la peau qui la recouvre est simplement soulevée; elle n'est ni rouge ni amincie. Cette tumeur est encore le siége de douleurs très-vives qui augmentent ordinairement la nuit et empêchent souvent le sommeil. La malade souffre aussi beaucoup dans l'articulation de l'épaule gauche.

Pour savoir si la tumeur ne changerait pas, étant abandonnée à elle-même, et si les douleurs ne diminueraient pas spontanément, M. Cazenave ne donna, pendant les premiers jours, que de la tisane de mauve sucrée et des pilules de mica.

Jusqu'au 15 octobre, les douleurs nocturnes continuèrent et finirent par devenir intolérables. M. Cazenave prescrivit alors la décoction de salsepareille et une pilule de proto-iodure de mercure. (3 cent.)

Dès le lendemain, les douleurs ostéocopes diminuèrent, les élancements disparurent, et les jours suivants il ne resta plus qu'une douleur sourde. Cette disparition rapide des douleurs fut extrêmement tranchée, et il ne paraît pas douteux qu'elle ait eu lieu sous l'influence du proto-iodure, car il n'y avait eu aucun amendement les jours qui précédèrent l'administration de ce médicament, tandis qu'après son emploi il se manifesta un amendement qui ne se démentit jamais.

Je ne suivrai pas jour par jour l'état de la malade ni les résultats du traitement; il suffira de dire que l'usage des moyens prescrits par M. Cazenave fut régulièrement continué jusqu'à la fin d'octobre, puis interrompu quelques jours, à l'époque des règles, et repris en novembre. Par suite de leur emploi, les douleurs articulaires cessèrent tout à fait, et la tumeur de la clavicule disparut si complétement, que le 7 novembre, jour de la sortie de la malade, il n'était plus possible d'en reconnaître le siége précis.

Cette observation, que nous ne présentons pas au point de vue de la nature des symptômes primitifs, est surtout remarquable à ce titre qu'elle montre un des accidents dits tertiaires de la syphilis succédant, à une époque bien rapprochée, au bout de neuf mois, à des symptômes primitifs, sans qu'il y ait eu dans l'intervalle de ces accidents qui ont été nommés accidents secondaires, tels que les syphilides, les ulcérations de la gorge, les tumeurs gommeuses, etc. Elle montre aussi avec quelle rapidité des lésions en apparence graves peuvent céder à l'emploi du traitement mercuriel suivi d'une manière régulière et assez prolongée.

(1) Observation recueillie par M. Racle jeune, interne des hôpitaux, service de M. Cazenave.

Typ. Lacrampe et Comp., rue Damiette, 2.

2e ANNÉE. — 2e VOLUME. — No 5. — DÉCEMBRE 1844.

ANNALES
DES
MALADIES DE LA PEAU
ET
DE LA SYPHILIS,

PUBLIÉES

Par Alph. CAZENAVE,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Médecine, etc.

Periculosum est credere et non credere.

MALADIES DE LA PEAU.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DES TOPIQUES.

(Premier article.)

C'est sans contredit un des points les plus importants dans la thérapeutique des maladies de la peau, que l'emploi des topiques. Le siége du mal, les rapports de l'organe malade avec les corps extérieurs, et aussi l'opinion longtemps et généralement accréditée qui a fait regarder toutes ces maladies comme des affections spéciales, ont fait dans tous les temps accorder à l'emploi des topiques une valeur qu'en général ils sont loin de posséder. Le nombre des lotions et des pommades proposées tour à tour contre les *dartres* est prodigieux, et, pour ne parler que du charlatanisme affiché, on voit encore de tous les côtés vanter tel onguent ou telle eau, comme infaillible contre toute espèce de maladies cutanées. D'un autre côté, dans la pratique consciencieuse, honnête, on voit tous les jours une éruption très-rationnellement traitée d'ailleurs résister, s'aggraver même, seulement à cause de l'application inopportune d'un topique. C'est que rien n'est plus difficile peut-être dans le traitement des maladies de la peau, que le choix, que l'opportunité de l'application d'une pommade, même la plus simple. Ainsi, non-seulement la fameuse pommade soufrée, par exemple, qui a été si largement et si indistinctement appliquée au traitement des *dartres*, ne convient pas à toutes les éruptions, mais encore telle pommade dont les effets sont très-satisfaisants au déclin d'une maladie, est funeste au début ; telle autre qui est utile aujourd'hui, produit demain de mauvais résultats ; enfin, il y a certaine éruption qui ne supporte presque jamais impunément l'application d'un corps gras. Il en est de même des topiques liquides. Aussi le plus souvent, si la plupart des éruptions, surtout à l'état semi-aigu, ont besoin d'être suivies avec autant de soin, que l'on en apporte dans le traitement des maladies des autres organes, c'est surtout pour surveiller l'effet des applications topiques.

Comme on le voit, c'est une question des plus importantes dans le traitement des maladies de la peau, et je me propose de l'envisager en détail, au point de vue de la pratique. Après avoir examiné rapide-

ment les conditions différentes qui résultent, dans l'emploi des topiques, des individus eux-mêmes, de l'état actuel, et aussi de la forme et de la nature de l'éruption, je passerai successivement en revue les topiques secs, solides, liquides; les pommades, les caustiques, et même les bains, dont l'action doit être considérée le plus souvent comme locale dans le traitement des maladies cutanées. J'examinerai, autant que peut le comporter un article général, les circonstances favorables à leur application, les contre-indications, leur mode d'emploi, leurs effets, et je donnerai les formules à l'aide desquelles j'obtiens journellement le plus de succès.

J'ai déjà eu l'occasion de signaler la susceptibilité singulière que présente la peau chez certains individus. Aussi, avant de se décider à une application d'un topique quelconque, faut-il toujours se rappeler que la peau a, pour ainsi dire, son mode de sensibilité comme spécial, ou au moins différent, suivant tel ou tel malade. On observe en effet, sous ce rapport, les différences les plus singulières. Ainsi il y a des malades qui ne peuvent supporter l'application des moindres corps gras, même les moins irritants, et, chose remarquable, c'est que non-seulement c'est sur le point où a été appliqué le topique, que se développent les phénomènes qui traduisent l'exagération de sensibilité de la peau, mais encore par retentissement l'irritation produite par cette application se fait sentir dans les points même les plus éloignés. J'ai vu souvent un emplâtre, une onction légère faite avec un corps gras, un liniment huileux, déterminer une éruption, le plus souvent papuleuse, d'abord dans le point qui avait reçu l'application topique, et plus tard, le lendemain, quelquefois même quelques heures après, sur les points les plus éloignés. Ce phénomène curieux de retentissement de la sensibilité exagérée de la peau explique d'ailleurs des faits d'observation très-remarquables. Ainsi dans les maladies avec prurit, l'étendue de l'éruption n'est presque jamais en rapport avec la cause; souvent une cause légère, qui n'a agi que sur un point limité, pour peu qu'elle ait mis en jeu la sensibilité de la peau, devient l'occasion d'une éruption très-étendue. C'est ce qui arrive tous les jours dans le lichen, c'est ce qui est plus remarquable encore peut-être dans la gale. On peut, dans cette dernière affection, expliquer par là d'une manière satisfaisante comment il se fait que des insectes, qui creusent leur sillon, sur quelques points isolés seulement, et notamment aux poignets, deviennent la cause cependant d'une éruption générale. C'est aussi ce qui conduit à une pratique rationnelle, vantée tout récemment dans ce journal par le savant médecin de Vienne le docteur Hebra, pratique qui consiste à n'appliquer les topiques irritants, nécessaires pour détruire les sarcoptes, que sur les points limités où il se loge habituellement, et à attendre la disparition de l'éruption générale, de l'emploi des émollients généraux et locaux.

En partant de cette sensibilité exagérée de la peau, chez certains individus, on comprend que, même à un degré beaucoup moindre, elle soit localement un obstacle à l'application des topiques, dans le traitement d'un grand nombre d'éruptions.

Une considération des plus importantes dans l'emploi des topiques, c'est sans contredit celle de l'état actuel de l'éruption : c'est d'ailleurs un précepte applicable au traitement de toutes les maladies, que celui qui consiste à modifier le choix des moyens thérapeutiques, suivant que l'affection est aiguë ou chronique, et ce précepte est si rationnel, d'ailleurs, qu'il semble que dans le traitement des éruptions cutanées, dont il est toujours facile d'apprécier l'état, il doive constituer les règles les mieux établies. Eh bien! il n'en est rien, et tous les jours encore on voit indistinctement prescrire une pommade excitante, un bain sulfureux, contre une maladie de la peau, accompagnée de tous les symptômes d'une inflammation plus ou moins intense, et, par contre, on voit insister sur des applications émollientes, quand cette maladie est arrivée à un état où elle n'est qu'aggravée, ou au moins retardée dans sa guérison, par la persistance d'une médication dont le temps est passé. On comprend tout d'abord les inconvénients qui peuvent, qui doivent résulter de cette manière de faire; et ces inconvénients semblent prendre, en vérité, un certain caractère de gravité, si l'on réfléchit que plusieurs éruptions, l'eczéma, par exemple, et aussi le lichen, peuvent continuellement être entretenues par des crises, souvent très-fréquentes, pendant lesquelles elles repassent pour un cer-

tain temps, toujours très-variable, à un état quelquefois très-aigu. Le traitement, et surtout l'emploi des topiques, demande donc évidemment à être modifié suivant les changements, très-fréquents d'ailleurs, que subissent les éruptions elles-mêmes. C'est ce qui fait, qu'exactement avec les mêmes moyens un médecin est plus heureux que son confrère, tout aussi instruit, tout aussi habile, par cela seulement, que l'expérience lui a appris à varier, à alterner l'application des topiques suivant les indications fournies par l'état accidentel de l'éruption. A part quelques exceptions fort rares dans la thérapeutique de ces maladies, exceptions dans lesquelles certains topiques excitants sont employés avec avantage, même pendant l'état aigu d'une éruption, en général les applications émollientes sont les seules qui conviennent toutes les fois que, soit à son début, soit pendant son cours, la maladie se présente avec des caractères inflammatoires, tant soit peu aigus. C'est une erreur de croire que, par une espèce de privilége, les maladies de la peau fassent toujours exception à cette règle presque générale de thérapeutique. D'un autre côté, il est vrai de dire, qu'en général aussi, il ne faut pas insister trop longtemps sur ces applications émollientes, dont l'usage prolongé, macérant la peau, l'affaiblit, pour ainsi dire, et devient, je le répète, une cause qui retarde la guérison ; aussi arrive-t-il souvent que dans le cours d'une éruption, on emploie à la fois et des topiques légèrement excitants, et des applications émollientes. Ajouterai-je que, dans l'état aigu, certaines applications de substances qui ne contiennent rien d'irritant agissent cependant en augmentant l'inflammation. Ainsi, presque sans exception les corps gras, les pommades les plus douces, agissent comme des topiques irritants, quand on les applique sur une éruption aiguë. C'est surtout très-remarquable pour le lichen et encore plus pour l'eczéma.

Enfin, si l'état de l'éruption est relativement une indication ou une contre-indication à l'emploi des topiques, d'une manière absolue ; sa forme, et quelquefois sa nature, peuvent souvent guider le praticien dans leur choix et l'opportunité de leur application. Ainsi, par exemple, les éruptions squammeuses proprement dites, le psoriasis et la lèpre, et aussi les éruptions passées accidentellement à l'état squammeux, certains eczéma, certains herpès, etc., supportent impunément, et quelquefois avec avantage, l'application des topiques ; ce n'est, au contraire, qu'avec prudence et en tâtonnant qu'on doit y avoir recours dans les formes les plus ordinaires de l'eczéma. Le lichen supporte mal, en général, toutes les applications topiques. Il en est de même de la plupart des éruptions pustuleuses, si ce n'est peut-être à l'état chronique, alors que les pustules ont été remplacées par des croûtes plus ou moins épaisses, ou celles-ci par des ulcérations plus ou moins profondes ; encore ceci n'est-il pas applicable à tous les cas d'éruptions pustuleuses ; et même le soin de conserver les croûtes intactes, pures de toute application, pourrait à la rigueur être considéré comme la règle, et l'emploi d'un topique quelconque, comme l'exception. Enfin, il y a des éruptions qui, par leur nature, semblent réclamer impérieusement l'emploi de certains topiques, soit que, toutes locales et contractées par contagion, elles aient besoin d'être détruites sur place, comme la gale et le porrigo, soit que, tendant essentiellement à envahir de nouvelles surfaces et à détruire les tissus nouvellement envahis, elles aient besoin d'être arrêtées dans leurs progrès par un traitement local énergique, comme pour le lupus, par exemple ; soit enfin, que, représentant un principe général, une maladie virulente, il soit utile de leur opposer à la fois et un traitement général, et des moyens locaux, comme dans quelques cas d'éruptions syphilitiques.

Comme on le voit, au point de vue pratique, comme sous le rapport théorique, si on envisage les maladies de la peau d'une manière générale, il est impossible d'en faire une famille à laquelle les mêmes règles soient applicables ; ce sont une foule d'affections distinctes qui n'ont souvent de point de rapprochement que l'apparence d'un même siége, et qui diffèrent, et par leurs formes, et par leurs causes, et par leur nature. Il est impossible d'établir pratiquement des règles de traitement absolues, et ici, dans l'application des topiques, on voit, comme je le disais en commençant, et comme nous le verrons mieux encore en étudiant les topiques différents en particulier, on voit, dis-je, que non-seulement ils varient à

l'infini, mais encore que pour ceux mêmes qui semblent le mieux convenir à la forme et à la nature de l'éruption, l'opportunité de leur application est un des points à la fois les plus importants et les plus difficiles de la thérapeutique des maladies de la peau. Je puis cependant, à cette occasion, formuler une proposition générale, dont l'expérience m'a déjà, depuis longtemps, démontré la vérité : c'est que, contrairement à une pratique accréditée depuis longtemps, le traitement topique des maladies de la peau, ne doit être considéré, dans le plus grand nombre des cas, que comme secondaire; que le plus souvent ces affections se modifient mieux et plus vite sans application locale ; que s'il y a beaucoup de circonstances où, vu l'état de l'éruption, on ne peut pas, précisément à cause de leur siége, n'avoir pas recours à des topiques, les plus insignifiants sont alors les meilleurs, et qu'enfin, à part un petit nombre d'affections spéciales, c'est à l'aide d'un traitement interne, sans applications topiques ou, malgré elles, qu'on doit chercher et obtenir une modification complète, une guérison solide.

DES TOPIQUES EN PARTICULIER.

Cataplasmes, topiques secs, pulvérulents. — Les cataplasmes, surtout les cataplasmes émollients sont très-fréquemment employés dans le traitement des maladies de la peau. A part le plus grand nombre des exanthèmes où ils sont inutiles, ou peuvent être remplacés par d'autres topiques préférables, ils conviennent à la plupart des éruptions aiguës, au début et aussi toutes les fois que, dans leur cours, elles repassent à un état d'acuité plus ou moins prononcé. En général, il importe de les appliquer peu chauds, et de les renouveler souvent. S'ils demeurent trop longtemps, surtout dans les cas où il y a à la surface de la peau malade une exhalation abondante, ils deviennent âcres, et finissent par l'irriter au lieu de la calmer; ceci est applicable à tous les cataplasmes, mais surtout à ceux qui sont faits avec la farine de graine de lin. Ces derniers même, pour peu que la farine ne soit pas fraîche, ce qui arrive souvent, ne font qu'augmenter l'inflammation, souvent d'une manière considérable; aussi, depuis longtemps, ai-je renoncé à l'emploi de la farine de graine de lin toutes les fois qu'il s'agit d'appliquer un cataplasme sur une partie de la peau enflammée. Je remplace habituellement cette farine par la poudre de guimauve, la farine de riz, et mieux la fécule de pomme de terre, à l'aide de laquelle on obtient un cataplasme d'une bonne consistance, dans la proportion de 60 grammes de fécule pour 500 grammes d'eau. Quelquefois, dans les maladies accompagnées d'un prurit intense, on remplace l'eau simple par une décoction calmante de têtes de pavots, ou de feuilles de jusquiame.

On ne se sert guère dans la thérapeutique des maladies de la peau que des cataplasmes émollients : ils sont utiles dans la plupart des inflammations, et notamment dans l'eczéma, dans le lichen agrius, dans le sycosis. Au début de ces éruptions quand elles sont accompagnées d'une inflammation vive, quand elles attaquent un individu vigoureux, jeune ; quand elles se sont développées accidentellement, les cataplasmes continués pendant deux ou trois septénaires, et aidés d'un traitement général antiphlogistique, contribuent puissamment à amener la guérison; mais quand la maladie s'est développée dans des circonstances opposées, quand la crise d'acuité s'est développée dans le cours d'une éruption déjà plus ou moins ancienne, il importe de ne pas insister trop longtemps sur l'application des cataplasmes émollients. Ceux-ci en effet macèrent, attendrissent la peau et la laissent dans des conditions moins favorables encore à la résolution.

Ces dernières considérations m'ont conduit déjà depuis longtemps, à remplacer dans un grand nombre de cas, les cataplasmes émollients par des topiques secs, pulvérulents. Ainsi je fais saupoudrer, souvent avec avantage, les éruptions exanthématiques, certains eczémas, quelques lichens, avec de l'amidon sec, ou de la poudre de riz, à laquelle j'ajoute quelquefois un huitième d'oxyde blanc de zinc. A l'aide de cette application, à la fois sèche et adoucissante, j'obtiens, je le répète, tous les jours les mêmes avantages qui résultent des cataplasmes émollients, sans que jamais ces avantages soient contre-balancés par les inconvénients qui résultent trop fréquemment de ces applications humides, et qui tendent si facilement à rancir. C'est là la forme la plus ordinaire des to-

piques secs et pulvérulents que j'emploie en les considérant comme succédanés des cataplasmes, et qui par conséquent trouvent les mêmes indications.

Je me suis quelquefois servi cependant de topiques secs pulvérulents, dans d'autres conditions; ainsi, dans les maladies avec prurit, j'ai souvent associé une partie de camphre, plus souvent de carbonate de potasse ou de soude à huit ou douze parties d'une poudre inerte, d'amidon. Les résultats ont été jusqu'à présent très-variables : cependant je me suis assez bien trouvé plusieurs fois de ce mode de traitement topique, surtout dans les affections prurigineuses des bourses, ou de l'anus, pour que je croie sincèrement que c'est un genre de médication qui, susceptible d'être varié à l'infini et suivant des indications différentes, est appelé à être d'un grand secours dans la thérapeutique des maladies de la peau.

(*La suite au prochain numéro.*)

BIBLIOGRAPHIE.

LA SYPHILIS AU DIX-NEUVIÈME SIÈCLE.

Coup d'œil général. — Les identistes, CULLERIER, MM. CAPURON, LAGNEAU.

Avant d'entrer dans l'examen détaillé des doctrines contemporaines, et pour bien faire la part de science qui revient à notre siècle, en matière de syphilographie, il est indispensable de nous arrêter un instant au seuil de cette ère nouvelle, et, jetant un coup d'œil en arrière, de résumer en peu de mots tout ce qui est l'œuvre du passé, seul moyen de nous mettre en état de bien juger ce qui appartient au présent.

On sait qu'aujourd'hui la syphilographie est partagée en deux opinions, comprenant : l'une, ce que l'on appelle les vieilles idées, et l'autre, les théories dites modernes. Bien que cette division, quand elle serait absolument vraie, n'ait rien que de très-naturel, puisque l'invention et le perfectionnement sont deux attributs essentiels de la progression scientifique, il importe cependant de l'apprécier ici à sa juste valeur, pour que l'on sache réellement où est le progrès, où est le perfectionnement, où est l'invention. Je n'attache pas d'ailleurs, je le répète, un grand intérêt à cette donnée, et l'on pourra voir que je me suis proposé un but plus important et plus utile en faisant précéder l'histoire de la syphilis au dix-neuvième siècle de considérations générales sur le développement de cette histoire pendant les siècles précédents.

Ce résumé doit embrasser tout ce qui a trait à l'origine, au principe ou cause intime, au mode d'action, à la symptomatologie, et au traitement de la syphilis.

Quelle est l'origine de la maladie vénérienne? Au point où nous sommes parvenus, nous trouvons cette question résolue par plusieurs hypothèses. L'importation américaine s'appuyait sur les assertions intéressées d'Oviedo, sur l'autorité scientifique d'Astruc, sur les travaux bibliographiques de Girtaner, mais surtout sur cette raison suprême, que l'on a appelée la voix du peuple ; Sanchez avait reproduit, après deux siècles, l'origine épidémique et la production spontanée, opinion qui ne trouva que très-peu de partisans; l'introduction en Europe par les Maures chassés d'Espagne, ou plutôt l'origine africaine, fut défendue par deux hommes d'une vaste érudition, par Hensler et Gruner; d'un autre côté, et en opposition à ces systèmes qui tendaient tous à la supposition de la nouveauté de la syphilis, l'opinion de l'antiquité absolue, indiquée par quelques écrivains du dix-septième siècle, était forte de l'appui de D. Calmet, de Th. Beckett, de Haller et enfin de B. Bell lui-même. Je livre, sans les juger, ces diverses théories à l'appréciation du lecteur; car elles se rattachent à un point d'histoire médicale, dont la solution encore à faire, présente

plus d'intérêt qu'on ne le croit généralement.

Quel était le principe, la cause intime de la syphilis? Sur ce point on connaît les doctrines humorales, représentées surtout par Fallope et Varandal, et, en regard de ces idées qui devaient tomber avec le galénisme, l'admission d'un principe vénéneux inconnu, proclamé par Fernel, plus tard par Boerrhaave, et que l'on reconnaît encore aujourd'hui. Entre ces deux systèmes, il faut citer la doctrine subtile mais si peu solide des chémiâtres, et la théorie des insectes vénériens, soutenue par Hauptman et Boile. La définition de Fernel doit être considérée comme la représentation exacte, bien qu'incomplétement digérée, de ce qu'il faut entendre par le principe spécial de la syphilis : ce principe admis sous une foule de formes, n'a jamais changé quant au fond, qu'on l'ait appelé ou ferment, ou poison, ou levain, ou virus. Astruc apporta quelques amplifications utiles à cette définition, à laquelle Hunter donna enfin toute la valeur physiologique dont elle manquait. La syphilis, après avoir été considérée comme une dégénérescence de la lèpre, comme une répétition de la mentagre, comme l'effet d'une infection séminale, fût enfin, comme l'avait dit Fernel, un poison, mais un poison morbide, comme venait de le dire John Hunter; il ne s'agissait plus de savoir ce que pouvait être physiquement ce virus, dont l'analyse avait fatigué les génies si profondément observateurs du seizième siècle, de déterminer ses propriétés matérielles, comme le voulaient des syphilographes plus modernes; en dehors de ces recherches au-dessus de l'intelligence humaine, on avait admis désormais que le principe de la syphilis était un poison, c'est-à-dire un agent inconnu modifiant l'économie tout entière, mais aussi un poison particulier, ayant la propriété spéciale de determiner constamment une maladie identique : cette définition résumait une longue série de raisonnements et de faits, et montrait ce que peuvent l'intelligence et l'observation, ces deux grands moteurs de toute science, représentés, l'un par Fernel, l'autre par Hunter.

S'il est vrai de dire que l'admission du principe spécial de la syphilis n'avait suscité jusqu'au dix-neuvième siècle que des contradictions de forme et purement nominales, il n'est pas permis d'en dire autant à propos du mode d'action de ce principe lui-même. Sur ce point, il faut bien reconnaître qu'il existait un véritable chaos. Une fois admis le contact du virus avec un organe quelconque, on a voulu savoir comment et par quelles voies il cheminait dans l'économie; de là la question de siége. Les uns, et nous savons que ce sont les galénistes, le plaçaient dans le foie, et par suite dans ses sécrétions qui jouaient alors un si grand rôle; les autres firent circuler le virus avec la lymphe; ceux-ci le logèrent dans le tissu adipeux; ceux-là dans la circulation sanguine; enfin Hunter crut sans doute suffire à toutes les exigences en plaçant l'infection virulente dans tous les liquides en circulation, supposant sans doute qu'eux seuls présentaient des conditions physiques applicables au système de l'absorption médiate et successive. Là, en effet, gisait toute la difficulté, puisque les syphilographes, en soumettant la marche du virus à certaines lois de progression, s'étaient mis dans la nécessité d'imaginer un mode de circulation qui fût en harmonie avec ce système. Pour moi, la question de siége pour la syphilis appartient à un ordre d'idées générales, qui ne peuvent pas être exposées ici : ce sont celles qui doivent réglementer tous les poisons morbibes sans exception. Je dirai cependant que cette manière d'apprécier l'absorption syphilitique était évidemment en désaccord avec l'intelligence d'un empoisonnement spécifique, et qu'il est étrange, à mes yeux du moins, que les meilleurs esprits aient été aveuglés au point de ne pas voir la contradiction manifeste dans laquelle ils tombaient.

On a voulu savoir aussi comment agissait ce virus : sur ce point, les idées particulières ont subi l'empire des idées générales. Selon les doctrines dominantes, le poison était ou une modification maligne des humeurs, ou une affection substantielle; il agissait ou par combinaison chimique ou par fermentation; enfin il produisait ou une inflammation, ou une irritation. Tout cela était, il faut bien le reconnaître, peu clair et peu décisif, et nous en prendrons occasion de signaler cette tendance qu'avaient les syphilographes, de vouloir ramener une maladie spécifique aux lois qui régissaient de leur temps toutes les affections simples. Conduits ainsi à expliquer ce qui est inexplicable, ils ont entassé hypo-

thèses sur hypothèses, sans trouver le secret qu'ils poursuivaient en vain.

Mais, si divergentes qu'aient pu être à diverses époques les théories sur le mode d'action du virus, les syphilographes de tous les temps ont été d'accord sur la marche et le développement des phénomènes qu'il pouvait produire. Ainsi, que le virus agit par fermentation ou par irritation, on admettait d'abord une action locale, bornée au point contaminé, puis, comme conséquence de l'absorption continue, l'infection progressive, manifestée par des phénomènes de succession indéfinie : en un mot, et jusqu'à nous, on faisait procéder la syphilis du local au général. Fernel et Hunter, anneaux extrêmes de cette chaîne immense, reconnaissaient également trois ordres de symptômes, accusant une pénétration de plus en plus profonde de l'économie. Ce point de doctrine reproduit à toutes les époques de l'histoire de la syphilis est de la plus haute importance, et bien que je n'aie pas l'intention de le discuter maintenant, qu'il me soit permis de le préciser bien nettement, pour le retrouver au jour où j'exposerai comment je comprends le mode d'infection vénérienne.

Confondant presque sans exception la matière virulente et le virus, les syphilographes supposaient que cette matière, mise en contact avec un point quelconque, y déterminait d'abord et exclusivement une action morbide, traduite par certains symptômes : mais bien que limitée ainsi, cette action était pour eux essentiellement spécifique. Puis, cette même matière, charriée par le torrent circulatoire, envahissait d'abord certains organes plus accessibles à son influence ; de là des symptômes constitutionnels du premier ordre, mais aussi essentiellement spécifiques. Enfin, quand elle avait attaqué les organes plus résistants, plus rebelles à son action, alors se manifestaient les phénomènes secondaires du deuxième ordre, toujours également spécifiques. Il y avait bien à ces règles générales quelques petites exceptions, indiquées sous forme de doutes et de suppositions, mais à cela près, on ne peut signaler aucune dérogation inportante à la loi commune. La période d'incubation, qui pouvait, étant bien comprise, mettre sur la voie de la vérité, au point de vue des symptômes primitifs, avait été parfaitement indiquée, surtout au dix-huitième siècle ; mais les auteurs semblent ne l'avoir admise que pour en conclure à une plus ou moins longue durée de l'évolution sur place de l'infection vénérienne.

J'ai fait ressortir à dessein l'appréciation de la spécificité constante des symptômes, soit locaux, soit généraux ; en effet, là était toute la question de l'identité. Si ce caractère essentiel appartenait aussi aux symptômes primitifs, les syphilographes en avaient conclu très-logiquement, même de leur point de vue, à l'identité de ces symptômes, quels qu'ils fussent d'ailleurs. Cette doctrine fut admise sans exception jusqu'à la fin du dix-huitième siècle ; cependant la réaction, dont elle était menacée par l'école dite Anglaise, datait de loin, avant Bell et ses adhérents. Nous avons pu voir peu à peu la gonorrhée simple prendre une plus large place dans l'histoire des écoulements en général ; d'un autre côté la blennorrhagie syphilitique elle-même perdait chaque jour de son importance, et ne tardait pas à être considérée comme un symptôme sans gravité aucune, n'ayant que peu ou point de rapports avec l'infection constitutionnelle. Ainsi préparés de longue main, les esprits devaient être facilement accessibles aux idées nouvelles qu'allait suggérer la théorie du double virus. Nous connaissons tous les éléments de cette réforme, qui démembrait, après trois siècles d'existence, le type syphilitique ; je n'en reparlerai pas ici. Je noterai seulement, comme résultat de ces tentatives, que nous allons trouver le domaine de la syphilographie partagé en deux camps bien distincts : dans l'un, seront ceux qui, fidèles aux traditions du passé et aux leçons de l'expérience, soutiennent l'identité ; dans l'autre se rangeront ceux qui, entraînés par de séduisantes hypothèses, individualisent le type syphilitique, en le restreignant à l'ulcération virulente, au chancre. Nous serons ainsi conduits à examiner, et les conséquences de cette séparation, et les chances que peut avoir chacune des parties dans cette lutte pour longtemps encore indécise.

Faut-il dire maintenant qu'à la fin du dix-huitième siècle, la symptomatologie de la syphilis ne laissait que bien peu de chose à désirer au point de vue et de l'ensemble et des détails? Nos lecteurs ont pu suivre les progrès incessants qu'avait faits la pratique vénérienne, et nous aurons

bientôt occasion de nous convaincre que, sous ce rapport, nous avons peu ajouté à l'œuvre de nos devanciers.

Le traitement de la syphilis est, de tous les points de cette maladie, celui qui prouve le mieux, sans contredit, combien il y eut toujours peu de suite et de fixité dans les doctrines sur une matière à la vérité si complexe et si difficile. De même qu'il n'y avait à la fin du dix-huitième siècle presque pas de maladie que, d'une manière ou d'une autre, on n'eût rapportée à l'infection syphilitique, il n'y avait pas peut-être de moyen que l'on n'eût proposé pour combattre ce protée aussi insaisissable qu'indéfini. Il faudrait un livre, même pour résumer l'histoire de cette thérapeutique, allant au hasard, selon les théories générales dominantes, selon les systèmes particuliers, se ployant à tous les caprices de l'hypothèse, à toutes les combinaisons de l'empirisme, et, par-dessus tout, ne se basant que sur l'antidote ou le spécifique. Essayons de préciser en quelques traits les principaux caractères de ce point, si intéressant d'ailleurs.

Parmi les syphilographes, ceux-ci considérèrent la syphilis comme une viciation des humeurs, comme une corruption, et durent épuiser, pour la combattre, toute la classe des remèdes balsamiques, aromatiques, antiseptiques; ceux-là en avaient fait un épaississement particulier, une coagulation de ces mêmes humeurs, et cherchèrent leurs remèdes parmi les agents résolutifs: ainsi ils ont essayé toutes les teintures alcalines, les sels lexiviels et volatils, que sais-je? L'antimoine fut vanté, à ce titre, par Fr. Hoffmann; les cantharides furent préconisées par Gauck et Stahl, et enfin la bardane fut considérée comme un remède héroïque, qui compta parmi ses partisans Ferrier et Sinapius, et qui, au dire de Rivière, eut la gloire de guérir le roi Henri III. Quelques auteurs, comme Marcel de Cumes, attribuaient la syphilis à une humeur mélancolique, et employaient les purgatifs, qui rentrent d'ailleurs dans la méthode éliminatoire, adoptée à presque toutes les époques; d'autres enfin cherchaient des antidotes à ce qu'ils appelaient un poison! On connaît la confection cyphi de Démocrite, le mithridate, la thériaque et surtout la fameuse eau thériacale de Benedetti et d'Almenar. La chair de vipère était recommandée par Mayerne, celle de perdrix vantée par Varandal. Mais c'est surtout à la classe des remèdes dits spécifiques, qu'appartiennent ceux qui préoccupèrent le plus les syphilographes, et qui se partagèrent au plus haut point et l'empire de la vogue et les luttes intéressées de l'empirisme. En tête vient se placer le mercure, employé déjà de temps immémorial dans les affections cutanées graves, et qui à ce titre vint, dès le seizième siècle, prendre rang dans la thérapeutique vénérienne. Recommandé surtout par Paracelse, il fut bientôt rudement attaqué par des auteurs qui lui attribuaient une virulence particulière, et l'accusaient de désorganiser plus ou moins profondément l'économie : cette réaction, qui comptait parmi ses plus illustres défenseurs, Fernel et Fallope, marquait le commencement du règne des sudorifiques. Le gaiac importé d'Amérique fut, dit-on, employé pour la première fois en Europe par Ulric de Hutten, en 1517; cependant quelques auteurs, et entre autres Delgado, affirment qu'il était usité en Espagne dès l'année 1508. Quoi qu'il en soit, il fut bientôt considéré comme le meilleur, puis comme le seul, le vrai remède de la syphilis. Il agissait par élimination, en expulsant le venin vérolique par les sueurs, et cette idée était bien naturelle à une époque où Fallope prétendait sérieusement que des galériens atteints du mal français, avaient été guéris, seulement en se livrant à des travaux excessifs. Le gaïac fut appelé le bois saint, et considéré comme l'antidote de la syphilis, par la raison toute simple qu'il venait, dit-on, du même pays que cette triste maladie. Il en faut dire autant de la salsepareille, introduite en Europe en 1530, et qui fut aussi le seul et véritable antidote de la maladie vénérienne.

La vogue de ces végétaux exotiques dura en s'amoindrissant jusqu'au commencement du dix-huitième siècle, et finit par se changer en une appréciation plus juste de leurs vertus, appréciation qui les rangea parmi les adjuvants utiles du traitement syphilitique. Disons, à ce propos, qu'un certain nombre d'auteurs bien intentionnés essayèrent de trouver dans les plantes indigènes la spécificité du gaïac, de la salsepareille, etc. Le buis fut mis en avant par Mayerne, Dolée, Sinapius, etc.; la racine de roseau fut vantée par Ferrier,

Plater et autres; Musitano essaya le bois de cyprès; le frêne fut prescrit par Ferrier, par Fallope, par de le Boë; Rondelet expérimenta les baies de genièvre; enfin la racine du *smilax aspera* fut préconisée comme très-supérieure à la squine. Il est inutile d'ajouter que toutes ces tentatives et les succès victorieux qui y correspondaient n'ont pas résisté aux épreuves du temps et de l'expérience.

Le mercure redevint bientôt le spécifique par excellence, et chaque système lui trouva toutes les qualités qui lui convenaient, surtout à titre d'évacuant. Employé aussi sous toutes les formes, il fut d'abord administré à l'intérieur en pilules, et en cela on ne faisait que se conformer à un usage déjà ancien; plus tard certaine vogue s'attacha aux fumigations, introduites, dit-on, en Europe au seizième siècle, par Bologninus, vantées surtout au dix-septième siècle, puis attaquées rudement par Astruc et tombant enfin sous les coups du consciencieux de Horne. Tout le monde sait la célébrité du traitement par les frictions mercurielles, connues sans doute très-anciennement, mises en relief par Bérenger de Carpi, et introduites en France par Thiéry de Héry. A ce traitement se rattache l'idée de la méthode par salivation, préjugé barbare qui compta pourtant des noms illustres parmi ses défenseurs et qu'Astruc lui-même n'osa modifier que très-timidement. Quoi qu'il en soit, cette partie de la thérapeutique vénérienne correspond parfaitement à l'idée que l'on se faisait de cette nature du virus, et de la possibilité de l'éliminer. Le traitement externe fut préféré jusqu'à la fin du dix-huitième siècle, mais en subissant des modifications importantes. On sait que l'école de Montpellier, se fondant sur l'inutilité du ptyalisme, mit en vogue une nouvelle doctrine que Goulard appela la méthode par extinction : cette méthode était très-ancienne, puisqu'elle a été préconisée par des auteurs du seizième siècle, entre autres par de Bethencourt; elle consistait, dans le principe, à éteindre dans le mercure sa propriété sialagogue, telle était du moins l'opinion de Mayerne, qui employait le soufre à cet effet, de Van den Velde, qui préférait l'or et l'étain, etc. Plus tard on s'attacha seulement à administrer les mercuriaux de manière à éviter la salivation.

Le traitemént interne compta pourtant des défenseurs, même pendant la vogue des frictions; il y avait une foule de préparations plus ou moins célèbres: l'éthiops minéral, le mercure précipité, mais surtout le sublimé corrosif, qui, apporté de Russie par Sanchez, et mis en vogue par Van Swiéten, devait faire une sorte de révolution dans la thérapeutique de la syphilis. Vanté par les uns comme un remède infaillible, décrié par les autres comme un moyen dangereux et meurtrier, il eut beaucoup de peine à s'établir en France, où il prit un rang plus modeste que celui que lui assignaient ses partisans. C'est là l'histoire de toute chose en thérapeutique. Faut-il dire maintenant et les attaques et les apologies dont le mercure, en général, a été l'objet, le nombre infini de formes qu'on lui a fait revêtir, de modes d'actions qu'on lui a supposés, de moyens auxiliaires dont on a accru son influence? Ce serait une œuvre impossible peut-être, mais assurément sans intérêt. Notons seulement que nous trouvons, à la fin du dix-huitième siècle, le mercure généralement employé dans le traitement de la syphilis, mais avec un progrès remarquable, c'est-à-dire l'absence de systèmes trop positivement absolus; on devait ce résultat à une espèce de compromis entre les deux méthodes qui s'étaient fait si longtemps la guerre. Ainsi Hunter préférait aussi le traitement mercuriel externe; mais quelle différence entre lui et Astruc par exemple!

Un mot encore sur le traitement végétal, qui, à plusieurs reprises, a été présenté comme tout neuf, et surtout comme infaillible (quel traitement antisyphilitique ne le fut pas?). J'ai déjà dit que certains auteurs avaient cherché dans les plantes indigènes une spécificité rivale de celle du *gaïac;* ajoutons que les prôneurs de remèdes balsamiques n'avaient fait que tenter, sous une autre forme, ce qui a été essayé depuis. Quand N. Massa vantait l'absinthe, il servait évidemment de modèle à ceux qui ont, de nos jours, vanté le persil, par exemple. Il est vrai de dire que les grands praticiens des anciennes époques n'avaient pas pensé surtout à faire du traitement végétal un type à part, rival du mercure : cette gloire était réservée au dix-huitième siècle, où elle a eu pour représentants Nicole et Mittié, que nous connaissons. Si nous nous rappelons maintenant que les syphilographes du dix-huitième siècle

avaient laissé une définition complète du principe syphilitique ; que la contagion et l'hérédité étaient appréciées parfaitement par eux ; que la syphilis était toujours une affection locale au début ; qu'il y avait des accidents secondaires de premier et de deuxième ordre ; que d'un autre côté le chancre était considéré comme le signe primitif unique de l'infection vénérienne ; que l'inoculation était positivement signalée comme moyen de diagnostic ; qu'enfin le traitement mercuriel était le meilleur que l'on pût employer contre la syphilis ; nous pouvons nous demander ce que l'on peut entendre aujourd'hui par des doctrines nouvelles... Mais n'allons pas anticiper sur l'avenir !

Ces préliminaires établis, je vais aborder immédiatement l'examen des systèmes syphilitiques du dix-neuvième siècle. Ici le rôle d'historien finit ; l'œuvre de la discussion commence : je n'ai plus à analyser isolément, et à mesure qu'ils se présenteront, les divers traités sur la maladie vénérienne. Laissant au contraire de côté l'ordre chronologique, sans importance d'ailleurs, j'ai dû partager les syphilographes en classes distinctes, correspondant aux diverses opinions qu'ils représentent, et discuter ainsi successivement, non plus seulement certains auteurs plus ou moins célèbres, mais les idées dont ils se sont faits l'expression et la défense. Ainsi ceux qui croient au type syphilitique, tel qu'il était compris par les Van-Swieten, les Astruc, les Hunter, c'est-à-dire qui ne voient dans la blennorrhagie, le chancre et le bubon d'emblée que des formes diverses, mais identiques de l'empoisonnement vénérien aigu, ceux-là seront, si l'on veut, les partisans des vieilles idées ; ils forment pour moi la classe des identistes : les non-identistes comprendront les auteurs qui, à l'exemple de Bell, ont admis ou admettent encore la théorie du double virus, et les écrivains qui, comme M. Ricord, n'admettent que le virus chancreux, ou, comme M. Baumès, consentent à un principe contagieux mais non vénérien pour la blennorrhagie. En dehors de ces deux principaux systèmes, je placerai les non-virulistes, fraction de l'école physiologiste, qui nièrent l'existence même de la syphilis : enfin, je citerai, chemin faisant, quelques points de doctrine excentrique, n'appartenant à aucune de ces théories.

Parmi les syphilographes, peu nombreux, il faut bien le reconnaître, qui soutinrent la doctrine de l'identité, il faut citer Cullerier, M. Capuron et M. Lagneau.

Cullerier (l'oncle) fut surtout célèbre par ses cliniques sur les maladies vénériennes ; spécialiste consciencieux, il consacra sa vie entière à une pratique dont il ne put qu'indiquer incomplétement les résultats précieux sans doute. En effet, cet homme, en qui se personnifia longtemps la spécialité syphilitique, n'a pas laissé de monographie complète sur une science qui lui était si familière, et qu'il professait si utilement dans ses leçons. On a de lui quelques données éparses dans le recueil des travaux de la Société de Médecine, et dans le dictionnaire des Sciences médicales. Parmi les premiers, il faut citer quelques rapports intéressants, entre autres celui sur l'identité, et celui sur la contagion par allaitement. Mais c'est surtout dans les seconds que Cullerier a pu formuler à peu près toutes ses opinions : c'est de ceux-là seulement que je parlerai ici.

Et d'abord il faut bien reconnaître et dire que ces articles sont par leur nature même incomplets, et sans lien qui les coordonne : ainsi il n'y faut rien chercher en fait de considérations générales sur la nature du virus, sur le mode d'action de la syphilis, questions ardues que Cullerier pouvait cependant éclairer de toutes les lumières que lui donnait sa longue pratique. C'est là une lacune regrettable, et il faut peut-être lui attribuer les succès que devaient faire en France les théories de l'école anglaise. Cullerier s'est borné à dire que la syphilis était peut-être une dégénérescence de la lèpre : cette idée pouvait servir merveilleusement à expliquer la nouveauté de la première, aux dépens de l'importation américaine ; mais nous savons ce qu'il faut penser de cette confusion entre deux types dont l'un est purement idéal ; je ne réfuterai donc pas une hypothèse déjà bien vieille d'ailleurs. Arrivons à la symptomatologie.

Cullerier n'avait pas cru devoir discuter dans ses articles l'identité (1) des divers symptômes primitifs : en effet, il l'a posée en principe ou plutôt en fait, comme une circonstance ressortant de l'observation, et

(1) Il l'a appuyée de faits nombreux dans son mémoire à la Société de Médecine.

en dehors de toute controverse. Il s'est occupé d'abord de la blennorrhagie, qu'il fait dater de 1530, se fondant sur l'autorité très-problématique de Mussa Brassavole, oubliant que Benedetti l'avait signalée très-particulièrement en 1499 : mais cela nous importe peu ; ce qui doit surtout attirer notre intérêt, c'est la facilité avec laquelle Cullerier avait admis une quantité considérable d'espèces blennorrhagiques ; c'était en effet la preuve manifeste de la domination qu'exerçaient, sur les meilleurs esprits, les idées réactionnaires de B. Bell. Swediaur nous avait déjà fait un tableau exagéré des causes de la blennorrhagie ; Cullerier alla plus loin encore : ainsi il admit des écoulements simples, non contagieux ; des blennorrhagies simples, accidentellement ou relativement contagieuses ; des blennorrhagies avec contagion distincte, *sui generis ;* enfin des blennorrhagies syphilitiques. J'ai déjà signalé souvent cette tendance fatale qui poussait les syphilographes à élargir indéfiniment le cadre de la blennorrhagie simple, mais il faut bien reconnaître qu'ils étaient presque à un certain point logiques dans leur erreur. Voyant survenir, sans cause contagieuse appréciable, un écoulement souvent non contagieux lui-même, ils ont été amenés à penser que la muqueuse de l'urètre pouvait être, comme celle des fosses nasales, affectée de coryza : de là l'opinion de Van-Swieten, d'Arnaud, de Balfour. Mais comment expliquer que Cullerier ait cru devoir ajouter à cette hypothèse, celle de la blennorrhagie contagieuse, *sui generis*, tout en proclamant d'ailleurs l'existence des écoulements syphilitiques : évidemment c'était là une manière de faire la part de toutes les opinions, un compromis entre les doctrines divergentes. La théorie du double virus n'avait pas fait loi dans la syphilographie française, mais elle avait fortement ébranlé les vieilles croyances ; et il n'en faut pas d'autres preuves que cette concession que leur faisait le représentant de la pratique vénérienne en France.

Depuis longtemps déjà on avait admis que la blennorrhagie pouvait être le résultat de causes simples : Cullerier, obéissant, comme ses devanciers, à ce qu'il faut regarder comme une erreur d'observation, sanctionna ce non-sens, en faisant, dans ses aperçus sur les affections vénériennes, une large place à cette sorte d'écoulements sans virulence ni contagion ; l'école anglaise avait proclamé et soutenu hautement l'existence d'un virus gonorrhéique distinct ; Cullerier fit aussi la part de cette hypothèse, en admettant une blennorrhagie *sui generis*. Enfin, les hommes de son temps croyaient encore à la possibilité d'écoulements syphilitiques, et Cullerier soutint que la blennorrhagie pouvait être produite par la même infection qui produisait le chancre. On voit qu'il y avait là de quoi satisfaire toutes les opinions. Cette division accusait malheureusement une grande incertitude dans les opinions de ce celèbre praticien ; elle devait avoir ce résultat funeste, d'entretenir et d'encourager des théories d'autant plus dangereuses, qu'elles devenaient de plus en plus puissantes. Je ne parlerai pas ici de la blennorrhagie simple, qui n'a, je le répète, de crédit que par le fait d'une fausse observation ; examinons seulement comment Cullerier entendait distinguer la blennorrhagie *sui generis* de la blennorrhagie syphilitique. La différence gisait, suivant cet auteur, dans l'infection consécutive et générale qui était le caractère essentiel de la dernière de ces deux formes ; mais cette différence était évidemment illusoire. En effet, en admettant qu'une blennorrhagie ne soit pas suivie d'accidents secondaires, il ne s'ensuivrait pas qu'elle ne fût pas syphilitique ; d'une autre part, Cullerier se fondait sur des faits où les phénomènes d'infection consécutive n'avaient pas été observés après un certain temps ; or, on sait qu'ils peuvent ne se manifester qu'après des intervalles de trente et même de quarante années ; que devient alors cette différence ? Quant au diagnostic des diverses espèces de blennorrhagies, Cullerier devait être impuissant à le préciser, et il n'a rien trouvé de mieux que de citer Fallope, qui avait inventé, deux siècles avant, la gonorrhée virulente. Cet embarras inévitable a donné beau jeu aux auteurs qui nièrent la spécialité des écoulements en général ; mais nous verrons plus tard ce qu'il faut penser de ces grands arguments, fondés sur une erreur de logique. En résumé, et pour en finir avec la blennorrhagie syphilitique, Cullerier admettait l'identité de cette forme avec le chancre : on sait qu'il a hautement soutenu cette thèse, et on lui doit des faits qui ne laissent pas de doute sur la production de l'un de ces symptômes

par l'autre; c'était là peut-être tout ce qu'il aurait fallu noter dans cette partie des travaux du célèbre spécialiste.

Ces articles ne présentent rien de remarquable sur les suites de la blennorrhagie, sur cette longue et formidable série d'accidents, si consciencieusement étudiés par les grands syphilographes du dix-huitième siècle. Cullerier, regardait les orchites comme un déplacement de l'irritation; nous connaissons déjà cette doctrine, qui n'avait que le mérite d'être en rapport avec un système alors complétement en vogue.

Cullerier était plus à son aise en parlant du chancre; aussi a-t-il laissé de ce symptôme un tableau assez complet, et surtout très-instructif. On trouve ici une exposition pratique bien entendue des ulcères syphilitiques, suivant leurs siéges différents; tous les caractères sont bien indiqués. L'auteur s'est peut-être trop préoccupé de signaler certains cas, où des lésions produites par des causes non spéciales, comme une contusion, une tentative de viol, pourraient en imposer pour des chancres; mais il faut lui savoir gré d'avoir signalé avec conscience et clarté tous les moyens de diagnostic dans les cas douteux. Cette partie est, sans contredit, la mieux traitée et la plus satisfaisante.

Cullerier s'était le premier en France occupé particulièrement des éruptions vénériennes; il avait même fait autorité en cette matière si obscure et et si mal digérée, bien que, sur ce point, le mérite du syphilographe fût peut-être exagéré. On sait que dans les premiers temps de l'histoire de la syphilis, on crut que l'action de cette maladie se portait d'abord à la peau, et qu'elle fut considérée presque généralement comme une éruption que l'on appela pustuleuse, sans attacher à ce mot aucun sens précis. Depuis, le mot *pustule* resta pour spécifier toute affection cutanée, due ou attribuée à l'infection vénérienne; et nous avons pu voir plusieurs fois quel parti on avait tiré de cette dénomination! A l'époque où Cullerier écrivait, on en était arrivé à faire une classification de pustules, c'est-à-dire d'affections de la peau dues au virus syphilitique; et d'abord le célèbre spécialiste admettait avec les écrivains du seizième siècle des pustules primitives, puis des pustules secondaires. Cette première division était très-rationnelle, et Cullerier avait trouvé cette vérité, comme il les trouvait toutes, dans l'observation. Je n'en dirai pas autant de la division des pustules secondaires en plusieurs espèces, selon leur nature, leur forme, etc. En général Cullerier, occupé surtout des symptômes primitifs, n'avait pas pu signaler les caractères principaux des éruptions vénériennes, caractères difficiles à apprécier, bien que quelques-uns eussent déjà été indiqués à différentes époques de l'histoire de la syphilis. Ainsi Cullerier n'a signalé ni la couleur ni la tendance à la forme ronde, ni la marche essentiellement chronique de ces affections. Seulement l'auteur a indiqué l'absence de prurit, et la propension de ces maladies à prendre la forme tuberculeuse. Faut-il reprocher maintenant à Cullerier de n'avoir pas recherché quelle influence peut exercer l'infection syphilitique sur la production des symptômes cutanés? Cette recherche présentait des difficultés telles, qu'elles ont pu faire reculer l'esprit de Cullerier, si peu théoricien d'ailleurs. Je me bornerai à dire que cet auteur avait admis des pustules ortiées, des pustules galeuses, lenticulaires, mérisées, muqueuses, squammeuses, croûteuses, ulcérées, etc. Quant au traitement de ces pustules, il consistait dans des applications topiques, souvent dans l'emploi des caustiques, toujours dans un traitement général.

Cullerier s'est occupé successivement de tous les symptômes secondaires; mais l'analyse, même succincte, de ces divers articles ne présenterait aucune espèce d'intérêt.

En résumé, Cullerier a laissé de beaux et honorables titres à l'estime des syphilographes; mais il en est deux surtout qui, le plaçant au premier rang dans l'estime des savants et des praticiens, valent plus peut-être pour sa gloire que certains beaux livres, souvent vite oubliés! Le premier qui lui appartient à lui seul, est d'avoir réglementé en France la thérapeutique vénérienne, abandonnée, avant lui, aux lois d'un empirisme aveugle et barbare : Cullerier osa lutter contre des préjugés tout puissants alors, et apporta dans l'administration du traitement mercuriel un jugement et une sagesse que l'on n'a pas dépassés depuis : il bannit des hôpitaux les affreuses coutumes qui y régnaient; il commença enfin l'ère de progrès et d'ex-

périences dans lesquelles ses successeurs l'ont suivi, sans pouvoir le faire oublier : le second réside dans ses leçons cliniques, dont la génération actuelle conserve encore le précieux souvenir. Doué d'un esprit trop timide peut-être, et d'un autre côté absorbé par les exigences d'une pratique étendue, Cullerier a sans doute peu fait pour la théorie; et si son enseignement est devenu une école, c'est surtout parce qu'il soutenait les traditions que sapaient de toutes parts les doctrines réactionnaires; Cullerier n'était pas fait pour les luttes difficiles qu'exigeait sa position, et il faut lui savoir un gré immense d'avoir osé défendre et professer hautement la théorie, devenue si humble, de l'identité du chancre et de la blennorrhagie.

Parmi les hommes qui se groupèrent alors autour de Cullerier, il faut citer M. Capuron, syphilographe consciencieux et modeste comme son modèle, mais qui entreprit de réunir en un corps de doctrine complet (1) les idées fécondes que Cullerier avait laissées stériles en les éparpillant. Si le livre de M. Capuron n'est pas devenu classique, il n'est pas oublié cependant; et si l'on n'y trouvait pas d'ailleurs quelques données très-intéressantes, il aurait encore le mérite rare d'avoir été inspiré par une honnête indignation contre les charlatans qui, maintenant comme toujours, hélas ! exploitent, et déshonorent la science. Ce sentiment est, en effet, le premier qu'ait exprimé M. Capuron : quelle plus belle introduction pour un livre sur la syphilis !

Partisan des théories d'Astruc sur l'origine de la maladie vénérienne, M. Capuron a combattu l'antiquité, mais avec des arguments connus, sur lesquels il n'y a pas lieu d'insister. Il a aussi emprunté à ses devanciers leurs idées sur le mode d'action de la syphilis, c'est-à-dire l'infection progressive et continue : supposant, avec Hunter, que le virus trouve dans les organes qu'il attaque une résistance plus ou moins grande, il a admis, comme l'auteur anglais, un certain ordre dans la symptomatologie consécutive, en raison même de la nature des tissus affectés. Agissant sur les muqueuses, le virus pouvait produire, ou le chancre, ou la blennorrhagie que M. Capuron appelait le catarrhe syphilitique. Ici l'auteur, abordant de front la difficulté, a soutenu hautement l'identité de ces deux symptômes, et s'est appuyé sur les autorités les plus graves et les plus importantes. A propos de la blennorrhagie, je retrouve dans le livre de M. Capuron occasion de dire ce que j'ai déjà répété souvent : que l'influence des idées dominantes est presque toujours plus forte que les convictions même des auteurs. Ainsi la dénomination de catarrhe était évidemment une concession à ces idées de réforme, qui semaient tant d'agitation dans le champ de la syphilographie : l'auteur avait été amené, malgré lui sans doute, à cette concession, que colorait l'intention de chercher une dénomination plus juste et plus précise; de même, il a cédé aux idées de son temps en faisant de l'orchite une phlegmasie des testicules. A côté de cela, il faut reconnaître que M. Capuron a traité avec beaucoup de soin le chapitre des suites du catarrhe vénérien.

S'attachant à la peau, le virus produisait des taches, des ulcères, des pustules : une grande confusion règne, sur ce point, dans l'*Aphrodisiographie*, et ce que l'auteur s'efforce d'enseigner sur le diagnostic était insuffisant pour jeter quelque jour sur l'histoire si obscure des éruptions vénériennes.

Circulant dans les lymphatiques, le virus produisait le bubon; et, parvenu dans les os, il déterminait les douleurs ostéocopes, les exostoses, les caries. Enfin, M. Capuron a décrit sous le nom d'atrophie syphilitique le dernier degré des ravages du virus, et le sombre tableau qu'il en a laissé rappelle les sinistres paroles de Sidenham, montrant le pauvre malade comme un cadavre vivant, dont les membres tombaient pièce à pièce en pourriture (1). Heureusement pour l'humanité que ces peintures ne s'adressent qu'à une exception excessivement restreinte !

M. Capuron a fait du traitement mercuriel une historique qui, pour l'ampleur des vues et des jugements, rappelle les travaux si consciencieux de de Horne. Notre auteur préférait, en dernière analyse, le traitement par la liqueur de Wan-Swieten. Si maintenant nous ajoutons que l'*Aphrodisiographie* est terminé par des considérations utiles sur les maladies des femmes

(1) Aphrodisiographie. Paris, 1807.

(1) Réponse à Thomas Paman.

enceintes et celles des nouveau-nés, nous aurons résumé tout ce que le livre renferme de vraiment doctrinal. La tâche que je me suis imposée, le plan que j'ai suivi, surtout les préférences que j'ai indiquées, tout m'oblige à une rigoureuse impartialité. Je reconnaîtrai donc que l'ouvrage de M. Capuron, écrit souvent avec une certaine emphase, n'était pas fait pour servir de drapeau aux identistes; qu'insuffisant pour l'enseignement pratique, il ne pouvait pas faire école: mais je dirai aussi qu'il a le mérite précieux d'être présenté avec une franchise qui annonce des convictions bien senties, en même temps qu'il est fait pour inspirer à ceux qui veulent étudier la syphilis, une idée sérieuse de l'œuvre qu'ils entreprennent; enfin, il se fait distinguer, à mes yeux, par les saines doctrines qu'il renferme sur la syphilis en général, et aux yeux de tout praticien consciencieux, par l'honnêteté de ses colères contre les envahissements du charlatanisme.

C'était en M. Lagneau, disciple de Cullerier, que devaient se résumer, d'une manière tout à fait magistrale, les doctrines des identistes, et aussi les succès que méritaient ces doctrines.

(*La suite au prochain numéro.*)

OBSERVATIONS.

ÉRYTHÈME PAPULEUX SIMULANT LA VARIOLE, ET ACCOMPAGNÉ D'UN ÉTAT FÉBRILE PENDANT 15 JOURS.—ÉRYTHÈME NOUEUX, PRÉCÉDÉ D'UNE AUGMENTATION DE FIÈVRE. — GUÉRISON.

Hôpital Saint-Louis. Service de M. Cazenave.

Le 4 avril 1844 est entrée à la salle Napoléon, n. 11, une femme nommée B..... (Elisabeth), âgée de 28 ans, née à Chavache (Cantal), charbonnière, demeurant à Paris depuis huit mois, affectée d'un érythème papuleux de la face, du cou, des membres supérieurs et des jambes.

Cette malade, d'une intelligence très-obtuse, est depuis longtemps habituée aux travaux rudes, elle est d'une constitution moyennement forte, d'un embonpoint médiocre; ses cheveux sont blonds, ses yeux bleus, sa peau, d'une couleur jaunâtre, est rugueuse au toucher.

Tous ses parents sont sains et n'ont jamais eu d'autre maladie de la peau que la gale; elle-même n'a jamais fait de maladie grave, a été bien réglée jusque dans ces derniers temps. Il y a six mois, elle fut atteinte aussi de la gale; elle fit usage d'une pommade contenant du soufre, dont l'emploi, au dire de la malade, aurait occasionné une grande quantité de furoncles et de pustules. Dans les premiers jours de janvier, les règles se supprimèrent. Dès lors B... eut de fréquentes épistaxis, des céphalalgies, des éblouissements et des étourdissements; elle eut souvent le ventre dur et douloureux, éprouva des alternatives de constipation et de diarrhée; les pieds, constamment froids, devinrent douloureux et se gonflèrent à certains intervalles. Vers le 15 mars, elle n'eut plus d'épistaxis. Quelques jours après, il survint de l'abattement, de l'anorexie, de l'amertume dans la bouche, des douleurs très-vives dans la région hypogastrique avec tension très-grande du ventre; en même temps il y avait de la fièvre. Dès lors elle suspendit ses occupations, consulta un médecin qui lui fit une saignée du bras d'environ 4 palettes. Le lendemain de la saignée il se développa sur la face, le cou, la poitrine, les membres supérieurs et les jambes, une grande quantité de papules lenticulaires blanchâtres et comme transparentes dans leur centre, entourées dans quelques points d'une élevure papuleuse diffuse, d'un rouge assez intense, sans chaleur à la peau, sans démangeaison, sans prurit ou autre modification de la sensibilité. Le sommeil ne fut point troublé; il y eut une douleur assez vive à l'épigastre, et les autres accidents persistèrent. Le 4 avril, la malade se décida à entrer à l'hôpital. Les yeux étaient brillants, rouges, injectés; il y avait une légère chaleur à la peau, le pouls était plein, tendu; la région de l'épigastre douloureuse; il y avait de l'engourdissement, de la céphalalgie, des douleurs vagues et difficiles à préciser, sans exacerbation remarquable. La nature assez particulièrement exceptionnelle de la maladie, dans sa forme et dans le cortége de symptômes dont elle était accompagnée, signala au premier aspect l'éruption d'une va-

riole modifiée. B.... avait été vaccinée; les papules, dont nous avons parlé plus haut, étaient surtout remarquables au front et au cou par l'absence de la rougeur, de la douleur; elles avaient l'aspect semi-transparent de certaines productions cornées; leur centre, luisant, semblait soulevé par une accumulation de sérosité citrine; en même temps des rougeurs diffuses étaient irrégulièrement répandues autour des points où siégeaient les papules. (Limonade, diète.) Les accidents dont nous avons parlé plus haut persistèrent pendant quelques jours, sans qu'il survînt la moindre modification dans l'aspect de l'éruption. Le 9 avril, le mouvement fébrile devint plus intense, les yeux étaient plus vivement injectés, la douleur de tête plus forte, le voile du palais était légèrement injecté, les amygdales un peu gonflés, et cependant la malade rapportait à l'arrière-gorge la sensation d'une très-vive douleur. (Saignée de 4 palettes, mauve sucrée, diète.) Le 10, amélioration notable dans l'état général; cependant il y a toujours de la fièvre et des douleurs à l'épigastre. Le 12, il survient sur la face antérieure des jambes des élevures d'érythème noueux très-bien limitées; elles sont le siége d'une douleur cuisante, sans paroxysmes remarquables. Les points qui circonscrivent la nouvelle éruption ne sont pas plus chauds et plus sensibles qu'à l'état normal. (Mauve sucrée, 2 bouillons.) Le 20 avril l'érythème noueux au début, qui était accompagné d'une plus grande douleur à la plante des pieds, avait insensiblement disparu; l'éruption primitive n'avait encore subi aucune modification, et les accidents généraux persistaient avec assez d'intensité. Dès ce moment la douleur à l'épigastre fut moins vive; il n'y eut plus vers le soir de mouvement fébrile, et la malade commença à sentir la faim. (Mauve sucrée, 2 bouillons, 2 portions d'aliments, un bain alcalin tous les deux jours.) Depuis longtemps la malade voyait en se lavant les mains et la face, les papules qui reposaient sur ces régions acquérir deux ou trois fois leur volume ordinaire, sans toutefois présenter une proéminence en rapport avec la surface que chacune d'elles occupait; elle vit le même effet se produire d'une manière générale par l'action des bains. Cette augmentation de volume ne s'accompagnant ni de douleurs, ni de prurit, durait cinq à six heures, les papules reprenaient ensuite leurs dimensions ordinaires. Habituellement, la peau restait sèche; très-rarement il y avait de la moiteur à la face et autour du cou. Jamais il n'y eut rien de remarquable du côté des urines et des autres sécrétions. Après les premiers bains, cette augmentation du volume de papules s'effectuant toujours sans prurit et sans douleur, diminua graduellement, et ne tarda pas à ne plus se produire. Dès ce moment aussi la résolution marcha rapidement. Le 30 avril, B.... avait la portion entière; l'estomac n'était le siége d'aucune douleur, les fonctions du ventre s'exécutaient librement. On voyait cependant encore sur les avant-bras, la poitrine, le cou et le front quelques petites papules peu élevées au-dessus du niveau de la peau, sans rougeur, sans prurit. Au front l'on voyait, à la place qu'avaient autrefois occupée quelques papules, des dépressions tout à fait remarquables, en tout semblables aux cicatrices régulières de la variole, lorsque déjà elles sont anciennes; car autour de ces dépressions il n'y avait ni injection particulière, ni teinte violacée. Malgré le retour de l'appétit et les fonctions digestives, l'embonpoint, qui avait considérablement diminué depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, se rétablissait difficilement. Il y avait quelques symptômes de congestion cérébrale, legère céphalalgie, éblouissements, tintements d'oreilles. Les règles reparurent le 3 mai; dès lors ces derniers accidents cessèrent, et la malade sortit le 14 du même mois parfaitement guérie de son érythème, et jouissant de l'intégrité de toutes les grandes fonctions. On remarquait encore comme traces de l'éruption qui venait de disparaître, quelques points du cou, du front et de la poitrine présentant une teinte un peu plus foncée de la peau.

SYPHILIDE PUSTULEUSE. — SYMPTÔME CONSÉCUTIF A DES BUBONS D'EMBLÉE. — TRAITEMENT PAR LE PROTO-IODURE DE MERCURE. — GUÉRISON DE LA SYPHILIDE, SANS AUCUNE AMÉLIORATION DES BUBONS (1).

B.... (James), 23 ans, ingénieur civil. Ce jeune homme a éprouvé à l'âge de 18 ans une blennorrhagie cordée très-intense qui ne dura en tout que trois semaines. Pendant les huit premiers jours, il y eut un état inflammatoire très-prononcé, et très-peu de mucus sécrété; après quoi l'écoulement s'établit, continua sans douleur et se termina rapidement; il ne fut jamais abondant. Il n'y eut à cette époque ni chancres ni bubons, du moins au rapport du malade. Le malade se serait, sans aucun doute, aperçu de l'existence d'ulcérations primitives, s'il en avait existé; car il est très-intelligent, fort soigneux de sa personne, et il n'a enfin aucun motif pour cacher ce fait en particulier, puisqu'il convient si facilement des autres. B.... assure n'avoir observé ni ces ulcérations superficielles qui constituent les chancres volants, ni l'induration et l'épaississement du prépuce, ni le phimosis qui accompagnent si

(1) Observation recueillie par M. Rade jeune, interne.

souvent le chancre induré; mais il éprouva un des accidents fréquents des uréthrites, une orchite blennorrhagique. J'ai dit que la maladie fut guérie entièrement en trois semaines. Le traitement consista uniquement dans l'emploi des purgatifs, sel d'Epsom et autres. Depuis ce moment, B.... n'eut ni éruptions cutanées, ni maux de gorge, ni douleurs nocturnes, ni exostoses.

Il y a deux ans, en janvier 1841, il eut à la marge de l'anus un abcès dont la cause n'est pas connue. Cet abcès, après avoir été ouvert, ne se guérit pas, et une fistule en fut la conséquence. Cet accident semble, du reste, n'avoir aucun rapport avec la maladie syphilitique que B.... avait eue.

Une nouvelle infection syphilitique eut lieu il y a quatre mois, et peu de temps après le malade vit se former deux bubons dans l'aine gauche. Le début en fut assez obscur; aussi le malade ne peut-il préciser exactement après combien de jours ils se développèrent. Du reste, il n'y eut ni écoulement par l'urètre, ni chancres à la verge ou à l'anus. Le malade affirme y avoir fait la plus grande attention. Pendant deux mois les bubons furent indolents, mais ils finirent par s'enflammer, devenir douloureux; ils s'ouvrirent enfin. Depuis trois semaines, un autre bubon s'est développé dans l'aine droite, en marchant avec plus de rapidité que les précédents; il s'est ouvert en 15 jours. Enfin, il y a huit jours, une éruption syphilitique se développe sur le visage, les bras, le thorax. B.... entre à Saint-Louis le 5 octobre 1844, salle Sainte-Victoire, n° 3, dans l'état suivant :

Sur toute la partie supérieure du corps, et principalement au visage, existe une éruption syphilitique de nature pustuleuse, et qui ressemble à l'acne d'une manière remarquable; elle se compose de pustules petites, discrètes, acuminées, à base légèrement dure; le sommet de celles qui ne sont pas suppurées est rouge, et pour les autres il est le siége d'une petite collection de pus qui est un peu plus considérable que dans cette éruption, que l'on nomme *syphilide lenticulaire*, mais qui cependant ne l'est pas autant que dans la pustule d'impétigo; une coloration très-légèrement cuivrée en entoure la base. La marche de chacune des pustules en particulier est très-lente; celle de l'éruption en général plus lente encore. Pendant les quinze premiers jours, en effet, il ne s'y est pas produit le moindre changement. Aux membres, l'éruption ressemble bien mieux à la syphilide lenticulaire qu'à la face. Là, en effet, les pustules sont larges, d'un rouge cuivré, à peine suppurées.

Les bubons que porte le malade sont au nombre de trois, tous suppurés et ulcérés; leur surface est violacée; la peau en est mince et décollée; ils sont très-douloureux et forcent le malade à garder toujours le décubitus horizontal. La verge est entièrement saine; il n'y a ni chancres, ni cicatrices qui en indiquent l'existence antécédente. Il n'y a pas davantage d'écoulement blennorrhagique.

L'anus ne porte trace d'aucune affection syphilitique; il ne s'y trouve ni chancres, ni pustules plates, ni rhagades, ni écoulement; seulement une fistule complète du côté gauche, sans induration, sans coloration anormale.

En définitive, il semble que les bubons soient venus d'emblée sans avoir été précédés d'ulcérations vénériennes primitives. Le malade affirme n'avoir pas eu de chancres, et il est assez intelligent pour rendre compte de ce qui lui est arrivé, et assez soigneux pour qu'il s'en soit aperçu, s'il en avait réellement eu.

Pendant quelques jours M. Cazenave ne suit aucun traitement. La maladie n'éprouve aucun changement. Il se joint aux premiers accidents des douleurs nocturnes sur les membres et sur le côté gauche du thorax.

Le 10 octobre, le malade est mis à l'usage de la tisane de salsepareille et des pilules de proto-iodure de mercure.

Le 17, un mal de gorge et une stomatite se déclarent. On suspend le traitement. Gargarisme, miel rosat.

Le même jour, le malade se plaint beaucoup d'une douleur sur le côté gauche du thorax, et en examinant le point douloureux, on trouve vers l'extrémité libre d'une des côtes sternales une tuméfaction assez circonscrite, d'une dureté assez considérable et même cartilagineuse, très-douloureuse, sans rougeur à la peau, etc., ayant en un mot tous les caractères des périostoses syphilitiques.

Pendant les jours suivants une stomatite très-légère se manifesta; elle n'eut aucune suite grave, et le traitement put être repris le 20. Après quatre jours, M. Cazenave fit prendre sans accident deux pilules de proto-iodure au lieu d'une, et le même traitement fut continué jusqu'à la fin du mois.

Durant l'usage du mercure et de la décoction de salsepareille, l'éruption syphilitique diminua rapidement, et bientôt il ne resta plus qu'une coloration rouge assez foncée, à peine cuivrée à la place des pustules. Les douleurs nocturnes ont disparu. L'habitude extérieure du malade est beaucoup mieux. L'embonpoint revient et le teint du visage est devenu très-clair, tandis qu'il était jaunâtre et terreux à l'époque de l'entrée du malade à l'hôpital. Les bubons seuls restent ulcérés presque sans amélioration, si ce n'est qu'ils sont moins douloureux.

Le malade sort dans les premiers jours de novembre entièrement guéri de sa syphilide, mais non de ses bubons.

SYPHILIDE TUBERCULEUSE pouvant en imposer pour l'éléphantiasis. — Symptômes primitifs inconnus. — Traitement mercuriel. — Guérison.

Hôpital Saint-Louis. — Salle Napoléon, n° 36 (1).

L...., Françoise, âgée de trente-trois ans, lingère, entra à l'hôpital Saint-Louis le 28 mars 1844, pour y être traitée d'une maladie de la peau presque générale, mais qui avait surtout occasionné une repoussante difformité du visage, sur la nature de laquelle il aurait été au premier abord très-facile de se tromper. A l'aspect léonin du visage et à la forme toreuse des membres on aurait pu croire à l'existence d'un éléphantiasis des Grecs; c'est même la première impression que l'aspect de cette malade fit sur M. Cazenave lorsqu'elle se présenta à la consultation de l'hôpital. Mais bientôt il fit remarquer qu'il ne s'agissait en définitive que d'une syphilide et d'une syphilide de nature tuberculeuse; les renseignements que l'on prit bientôt sur l'origine et la marche de la maladie, ses caractères surtout, et enfin sa rapide guérison confirmèrent pleinement ce diagnostic. Voici en effet les particularités les plus notables que nous avons recueillies.

Françoise L. a pendant sa jeunesse toujours été bien portante. Quoique d'une constitution faible, elle n'est ni lymphatique ni scrofuleuse, elle n'a jamais eu d'accident tenant à cette constitution; elle n'a point eu de maladies de la peau. Ses parents eux-mêmes n'ont jamais présenté ni dartres, ni maladies strumeuses.

Mariée, à l'âge de 22 ans, avec un homme d'une conduite peu régulière, elle en eut trois enfants, dont le dernier, petite fille de huit ans, a seule survécu; du reste cette enfant est très-bien portante, et n'a encore jusqu'à présent aucun accident syphilitique héréditaire, quoique la mère paraisse avoir été infectée longtemps avant la naissance de cet enfant.

En effet, après un an de mariage, elle s'aperçut de l'existence, dans l'aine droite, d'un bubon qui ne suppura pas; il demeura pendant deux mois à l'état indolent, sans avoir amené ni rougeur de la peau, ni suppuration; quoique son volume fût considérable, il disparut graduellement, sans que la malade, femme assez peu soigneuse de sa santé, fît aucun traitement. C'est à cette incurie, à ce défaut de soins de sa personne, qu'il faut attribuer peut-être l'ignorance complète de l'existence d'accidents syphilitiques autres que le bubon. La malade assure ne s'être jamais aperçue de l'existence de blennorhagie, d'ulcérations primitives des parties génitales, ni même de pustules plates. Mais nous nous hâtons de dire que ce n'est pas au point de vue de ces accidents du début, que cette observation est recueillie; autrement, elle serait très-incomplète; aussi nous ne nous y arrêterons pas plus longtemps.

Peu de temps après, deux mois environ, la femme L. eut une éruption de grosses pustules sur tout le corps, éruption qui se fit sans fièvre et ne dura que quinze jours. Depuis ce moment, jusqu'au début de la maladie actuelle, il n'y eut ni maux de gorge, ni céphalalgie, ni douleur d'estomac, ni périostose. En un mot, la santé continua à être parfaite.

Après le sevrage de son dernier enfant, il y a de cela six ans et demi ou sept ans, la malade vit pour la première fois, apparaître sur l'extrémité du nez, une tache lenticulaire papuleuse, de couleur rouge; cette tache s'accrut lentement, sans donner naissance à de la suppuration ou à la formation de croûtes. La malade n'y fit presque aucune attention, et au bout de deux ans, le mal avait envahi tout le visage, sans qu'elle songeât à opposer la moindre entrave à ses progrès. A cette époque l'éruption se présentait sous la forme de tubercules multiples, disséminés sur tout le visage, mais isolés encore les uns des autres. Plus tard ils se groupèrent pour ne plus former qu'une seule plaque tuberculeuse continue.

Enfin ce n'est que depuis deux ans que le mal est devenu général, et qu'il a envahi presque toute la surface du corps, en même temps que les points primitivement malades devenaient le siége de désorganisations de plus en plus profondes. Françoise L. n'avait encore fait aucun traitement jusqu'à cette époque; elle se décida à demander des soins, et entra dans le service de M. Cazenave, présentant l'état suivant :

Presque toute la surface du corps est couverte d'une éruption tuberculeuse, qui n'épargne que la poitrine et les mains; mais, elle présente surtout au visage des caractères remarquables qui donnent à la malade une physionomie tout étrange. La figure en effet est considérablement tuméfiée, les traits en sont déformés et extrêmement durs et saillants, de manière à lui donner l'aspect de la face du lion, caractère qui appartient à l'éléphantiasis des Grecs; les joues sont fortement saillantes, et le nez est caché profondément dans un sillon qu'elles laissent entre elles. Les lèvres sont épaisses et allongées; le nez lui-même a doublé de longueur et de largeur et est divisé par un sillon transversal en deux parties, de telle façon que celle qui correspond au lobule paraît surajoutée; les paupières tuméfiées

(1) Observation recueillie par M. Racle jeune, interne.

comme dans certains érysipèles, ne s'ouvrent que fort peu, de sorte que les yeux sont profondément cachés, et d'autant mieux que les sourcils sont eux-mêmes très-fortement hypertrophiés; sur le front, il y a d'immenses plaques tuberculeuses très-épaisses. Les oreilles ont trois fois leur volume normal, et sont déformées. Ces lésions ne s'étendent pas jusqu'au col, dont le tégument est sain.

La couleur des parties hypertrophiées est d'un rouge cuivreux tout particulier, et caractéristique pour les personnes habituées à voir des syphilides. C'est surtout sur les bords des plaques qu'elle est bien apparente. Lorsque l'on vient à appuyer, avec le doigt, sur ces plaques, on y sent, de distance en distance, des indurations assez considérables et profondes, et qui se traduisent à l'extérieur par des saillies tuberculeuses; mais, dans les intervalles des tubercules, la peau est d'une mollesse remarquable, comme spongieuse et élastique. — Sur les confins de l'éruption, on distingue encore, par l'existence de sillons où la peau est saine, les plaques primitivement séparées qui se sont ensuite réunies. — Du reste, jamais ces plaques n'ont été le siége de douleur ni de prurit; il ne s'y est jamais fait ni suppuration, ni desquamation. Une éruption analogue existe sur différents points de la surface du corps, et notamment sur les avant-bras: on y retrouve des caractères analogues, mais ici les tubercules se sont ulcérés, et l'éruption présente franchement la physionomie de la syphilide serpigineuse. Enfin il faut ajouter que les organes génitaux ne montrent de traces, ni récentes, ni anciennes, de maladie syphilitique.

Il est évident à l'ensemble de ces caractères que cette éruption est de nature syphilitique; et si à la première vue l'aspect singulier du visage a pu faire penser à un éléphantiasis, l'erreur n'aurait pas pu être de longue durée: on n'y retrouvait ni la coloration fauve, ni l'insensibilité, ni aucun des caractères tranchés qui appartiennent si essentiellement à cette terrible maladie! c'était une syphilide tuberculeuse. Le traitement fut institué en conséquence, et suivi d'un complet succès.

Il suffit de rappeler sommairement les diverses phases de ce traitement et les améliorations successives qui les ont suivies; il y eut beaucoup d'interruption dans l'administration des préparations mercurielles et autres, la malade ayant éprouvé plusieurs indispositions; mais voici d'une manière générale les moyens mis en usage. Décoction de salsepareille et pilules de proto-iodure de mercure, de 5 à 10 centigrammes par jour. Ce traitement fut continué pendant deux mois environ; amélioration, diminution de l'engorgement des paupières et du front; interruption du traitement à cause d'un embarras gastrique avec dyspepsie. Pilules d'Anderson pendant huit jours; reprise du traitement, et, de nouveau, amélioration sensible: emploi de l'iodure de potassium. Lorsqu'il y eut arrêt dans la décroissance du mal, retour au traitement mercuriel, et alors emploi de douches et de bains de vapeur prolongés; du reste, aucune application locale: ni émollients, ni résolutifs, ni caustiques.

Il est à remarquer que la malade put prendre pendant longtemps, quelquefois pendant un mois de suite, des préparations mercurielles, sans en éprouver aucun accident. — Sous l'influence du traitement, la syphilide disparut rapidement; mais c'est surtout l'éruption de la face qui se modifia considérablement: l'hypertrophie dont la peau et le tissu cellulaire étaient le siége, disparut graduellement, de sorte que, pendant le dernier mois du séjour de la malade à l'hôpital, il ne lui restait plus qu'un gonflement œdémateux du nez et des joues, et une coloration d'un rouge vineux assez prononcé; ce n'était plus du reste qu'un état purement local, résultant de la désorganisation des tissus et dont M. Cazenave espérait obtenir la disparition, au moyen de la compression, difficile à établir d'ailleurs d'une manière méthodique, sur le visage tout entier.

La malade, ne conservant plus que cette légère difformité, sortit complétement guérie le 10 décembre 1844.

BLENNORRHAGIE URÈTRALE.

Hémorrhagie très-grave de l'urètre. — Orchite. — Guérison.

Le nommé N., âgé de vingt-neuf ans, charpentier, d'une forte constitution, ayant les cheveux d'un blond-roux, les yeux bleus, la peau médiocrement blanche, parsemée d'éphélides peu abondantes, le système musculaire bien développé, une taille ordinaire, est reçu à l'hôpital du Midi, le 15 septembre 1843.

Ce n'est que deux jours après son entrée que le malade, d'une intelligence peu développée, donna les renseignements suivants: il ne se rappelle pas avoir jamais gardé le lit pour cause de maladie. Il a été vacciné, et n'a jamais eu, à sa connaissance, de fièvre avec éruption à la peau; il n'a eu que de très-rares épistaxis, et pas d'autres hémorrhagies; malgré sa constitution robuste, il a depuis longtemps été sujet à des indispositions mal caractérisées, assez fréquentes, mais assez légères pour ne pas exiger le repos au lit. Depuis deux ou trois ans, il a rendu souvent, après l'émission des urines, une très-petite quantité de matière d'un blanc-laiteux, et a éprouvé, vers la région sacrée, quelques douleurs qui n'ont ja-

mais été assez intenses pour le forcer à suspendre ses occupations; ces symptômes ne s'accompagnaient d'ailleurs d'aucune difficulté d'uriner, ni de démangeaisons au bout de la verge, soit avant, soit pendant, soit après la miction; seulement, après qu'ils eurent duré une année environ, il s'y ajouta une très-légère douleur vers les pubis, laquelle même ne revenait qu'à de longs intervalles; jamais il n'a rendu de graviers dans ses urines; les fonctions du gros intestin se sont toujours accomplies régulièrement.

Ce malade assure qu'il n'avait jamais eu de rapport sexuel, lorsqu'il y a deux mois il exerça le coït avec une femme suspecte ; cinq ou six jours après, il éprouva des picottements dans l'urètre, surtout à l'extrémité du gland : presque aussitôt il se déclara un écoulement jaunâtre assez abondant ; les douleurs se calmèrent au bout de quelques jours ; l'écoulement diminua, devint plus blanchâtre, et se réduisit, après un mois, à quelques gouttes dans les vingt-quatre heures ; pendant la durée de l'écoulement, le peu de matière blanchâtre, qui suivait l'émission des urines, avait disparu. Le malade ne fit d'autre traitement que de prendre un peu de tisane, sans suspendre ses travaux. L'écoulement diminuait de plus en plus, et le malade se croyait à peu près complétement guéri, lorsque le dimanche, 10 septembre, il fut pris, en se promenant, d'un écoulement de sang par l'urètre, qui dura sans interruption pendant trois heures; cet écoulement ne fut d'ailleurs accompagné d'aucune circonstance remarquable, ni précédé d'aucune cause que l'on ait pu apprécier; aucune douleur, aucune sensation désagréable même ne fut perçue dans le canal; aucun changement dans les travaux, aucun écart de régime n'ont lieu ; l'écoulement se faisait d'une manière continue, sans effort de la part du malade, sans mélange d'urine ; l'urine qui fut rendue après l'écoulement de sang n'était pas elle-même teinte de sang. L'hémorrhagie affaiblit assez le malade pour le forcer à regagner promptement son logis, et à se mettre au lit; elle se répéta, moins abondante, chacun des jours suivants à des heures variées, et affaiblit le malade au point qu'il ne pût plus se tenir sur ses jambes. Le 15, elle reparut pendant que l'on transportait le malade à l'hôpital, et le fit tomber en syncope; dans ces différentes hémorrhagies le sang ne s'écoula plus par jet continu, mais par gouttes plus ou moins fréquentes, quelquefois par des caillots cylindriques plus ou moins mous; l'urine continua toujours à être exempte de sang. Aucun traitement n'a été mis en usage.

Le malade, une fois transporté dans son lit, se trouve dans l'état suivant :

Facies pâle, traits effilés, sans expression; affaiblissement extrême; le soulèvement des paupières est le seul mouvement que l'on puisse obtenir du malade, qui semble cependant comprendre ce qu'on lui dit. Les extrémités sont presque froides, le pouls, à peine sensible, à 110 ou 120; de temps en temps quelques éructations. Le linge du malade est imbibé de sang, mais rien ne s'écoule actuellement par l'urètre; la verge et les testicules paraissent sains. — On prescrit quelques frictions sèches sur les extrémités, et des compresses froides constamment renouvelées autour de la verge et sur l'hypogastre. — Au bout d'une heure et demie environ, le malade a repris l'usage de la parole ; mais il ne répond que par de faibles monosyllabes, et ne peut pas lever les bras au-dessus de son lit.

Le 16, aucun écoulement, soit de sang, soit de muco-pus, n'a eu lieu depuis hier. Le malade parle aujourd'hui avec assez de facilité ; il présente lui-même son bras à la main du médecin ; le pouls, quoique toujours faible, est cependant facile à apprécier, à 80 ou 85 ; la face est un peu plus colorée ; il y a une soif assez prononcée, sans appétit. L'hypogastre, non plus que la verge, n'est nullement douloureux. — Les mêmes moyens sont continués, et l'on y ajoute du petit lait pour tisane.

Le 17 au matin, le malade va encore mieux et demande à manger; on lui permet seulement un bouillon. A deux heures, sans avoir fait le moindre mouvement dans son lit, il est pris d'un nouvel écoulement urétral qui a lieu d'une manière continue, mais par un courant très-faible ; le sang coule contre la volonté du malade ; il paraît parfaitement pur ; cet écoulement dure environ une heure, et produit à peu près six à sept onces de sang ; quand il a cessé de couler, le pouls est redevenu petit et fréquent, la face est pâle ; il y a une grande faiblesse ; cependant le malade se remet assez promptement, et passe une nuit assez bonne.

Le 18, le pouls est revenu à son état presque normal ; il est assez développé, et bat de 68 à 72 fois par minute ; cependant les forces sont toujours très-déprimées, et le visage est très-pâle. L'auscultation des carotides fait entendre un bruit de diable peu caractérisé, ou plutôt un fort bruit de souffle qui est tantôt continu, tantôt et plus souvent intermittent. Le malade se plaint d'éprouver des nausées chaque fois qu'il prend un verre de petit-lait. — On continue néanmoins la même prescription.

Le 19 au matin, le malade se trouve assez bien, ses forces sont un peu revenues, sa face est un peu colorée, son pouls assez développé, à 68; il est seulement un peu tourmenté par des nausées et quelques efforts de vomissements qui se manifestent après qu'il a pris une gorgée de petit-lait; rien ne s'est écoulé

nous perdre en nous avançant dans les ténèbres.

J'ai eu l'occasion de dire ailleurs (Voy. MÉM. SUR L'ORCH. BLENN. *Ann. des mal. de la peau et de la syphil.*, mai 1844), que l'orchite blennorrhagique se développait le plus souvent sans l'intervention d'aucune cause appréciable, et lors même que les malades gardaient le repos le plus complet; j'ai dit aussi que, dans cette dernière condition, la maladie avait une durée plus courte que lorsqu'elle se développait dans des conditions contraires; le fait qui précède, et compris d'ailleurs parmi ceux qui ont servi à composer mon mémoire, vient à l'appui des vérités que j'y ai consignées.

Il serait peu utile d'insister sur le traitement qu'on a mis en usage chez ce malade pour arrêter l'écoulement sanguin; des remarques sur ce fait isolé ne conduiraient à aucun résultat; il est préférable de renvoyer ce sujet à l'époque où il sera question de l'hémorrhagie *blennorrhagique* en général.

H. DE C.

REVUE.

VACCINE ET VARIOLE.

Plusieurs des auteurs qui ont écrit sur la variole et sur la vaccine depuis la découverte de cette dernière maladie, ont signalé l'influence réciproque des deux éruptions l'une sur l'autre, lorsque les deux infections s'effectuaient ensemble ou à un faible intervalle l'une de l'autre. Mais là s'étaient bornées leurs assertions. L'appréciation précise de cette influence réciproque restait encore à déterminer, malgré tous ces travaux : c'est cette lacune que M. Legendre a essayé de combler dans un travail inséré dans les *Archives générales de Médecine* (septembre 1844), travail qui se recommande autant par la précieuse exactitude des faits que par la sagesse des inductions. Cependant, comme on le verra par la forme même de ces inductions, l'auteur n'a pas prétendu poser des lois définitives, au moins sur tous les points, et il reste par conséquent des recherches importantes à faire; cette circonstance nous oblige à reprocher à M. Legendre de n'avoir publié qu'une partie des observations qui ont servi de base à son travail; car si un observateur à venir voulait ajouter ses observations à celles de ses prédécesseurs, il serait probablement embarrassé de profiter des observations de M. Legendre, dans l'ignorance où il serait sur la nature exceptionnelle ou normale de ces faits. M. Legendre n'a pas besoin, en effet, qu'on lui rappelle que, pour profiter légitimement des faits de nos devanciers, lorsqu'on veut trouver des lois générales, il faut être assuré que ces faits ont été observés sans choix, et dans l'ordre où la nature les a présentés à l'observateur. Nous faisons d'autant plus volontiers ce reproche à l'auteur, qu'il lui sera facile de faire disparaître, par une courte addition, la lacune qui le lui a mérité.

Nous allons maintenant rapporter textuellement les faits que M. Legendre a consignés dans son travail, et les conclusions dans lesquelles il les a généralisés, en attendant qu'un travail étendu sur les éruptions varioliques et vaccinales nous permette d'en faire une analyse exacte et détaillée.

OBSERVATION 1.

Entrée à l'hôpital le 11 novembre 1841, vaccination et sortie le 30 novembre; apparition des symptômes précurseurs de la variole le 2 décembre; développement simultané des deux éruptions.

Au n° 26 de la salle Saint-Jean, à l'hôpital des Enfants malades, entre pour la seconde fois, le 5 décembre 1841, le nommé Marchand, âgé de 14 ans. Ce jeune garçon, convalescent d'un rhumatisme articulaire aigu compliqué de pleurésie, avait été vacciné par trois piqûres à chaque bras le 30 novembre, avant de quitter l'hôpital. Le 2 décembre, dans la matinée, il est pris de fièvre, de douleurs dans tous les membres, et surtout au niveau de la région lombaire: ces douleurs sont accompagnées d'un grand malaise, de céphalal-

gie frontale, de soif, de perte d'appétit, et d'envie de vomir; pendant la nuit, deux vomissements, agitation, insomnie ou rêves pénibles.

Le 3 décembre, le même état persiste; la nuit est moins agitée. Le 4, quand ce jeune garçon retire un cataplasme qu'on lui avait appliqué sur le ventre, il remarque que son corps est parsemé d'une éruption de petits boutons rouges. Effrayé, il regarde aussitôt ses bras, et constate que l'inoculation de la vaccine a donné également naissance à des boutons qui présentent déjà le volume d'un grain de chènevis. La journée et la nuit sont calmes.

Le 5. Ramené dans la journée à l'hôpital, son état est le suivant : chaleur modérée de la peau; le pouls, peu plein, bat 80 fois par minute; langue humide; soif modérée; appétence. Le visage est parsemé d'un petit nombre de boutons rouges, à sommet aplati et vésiculeux, du volume d'une petite tête d'épingle. Sur les cuisses et les bras, l'éruption offre les mêmes caractères; elle est assez discrète. Les pustules de vaccine, arrondies, déprimées au centre, sont saillantes et d'un blanc bleuâtre à la circonférence, l'aréole rouge est à peine sensible. (Mauve édulcorée; julep gommeux; diète.)

Le 6. Etat toujours satisfaisant, pouls à 72. Les boutons de vaccine s'élargissent un peu. l'éruption variolique fait des progrès, le sommet des pustules commence à s'ombiliquer. (Mauve édulcorée; bouillon.)

Le 8, quatrième jour des deux éruptions, les pustules varioliques grossissent, l'ombilication se prononce davantage; quant à la vaccine, bien qu'à son huitième jour d'insertion, et au moins à son quatrième jour d'éruption, l'aréole est à peine marquée, et on n'observe pas d'engorgement du tissu cellulaire sous-cutané, ni des ganglions axillaires. (Mauve édulcorée; bouillon et soupe.)

Le 11, septième jour. La suppuration est complète dons toutes les pustules, l'ombilication a disparu, et même, au centre de quelques-unes, on constate un commencement de dessiccation; pas de douleur à la gorge, pas de gonflement du visage, des mains ni des pieds. La marche de la vaccine est lente; les pustules larges, aplaties au centre, sont encore demi-transparentes à leur circonférence, pas d'aréole ni d'engorgement sous-cutané à leur niveau. Cent pulsations, peau assez chaude, mais moite; le malade n'accuse aucune souffrance. (Mauve édulcorée; deux bouillons.)

Le 13, neuvième jour. La dessiccation est complète au visage, tandis qu'elle est encore peu avancée sur le corps. Le liquide des pustules vaccinales a seulement commencé à se troubler depuis hier. Pouls à 68; peau moite, d'une chaleur douce. (Mauve édulcorée; soupes.)

Le 18, quatorzième jour. Les croûtes du visage sont presque toutes détachées, et sont remplacées par des taches rouges, sans dépression ni saillie. Sur les membres inférieurs, les pustules sont remplacées également par des croûtes, dont quelques-unes commencent à se détacher, mais à côté on rencontre encore quelques pustules flétries à la vérité, mais non encore desséchées. Les pustules vaccinales sont remplacées, depuis deux jours, par des croûtes. (Mauve édulcorée; demi-portion.)

Ce malade sort de l'hôpital le 23 décembre, après avoir été purgé la veille.

Observation 2.

Enfant vacciné au bout d'une semaine de séjour à l'hôpital; développement de l'éruption variolique le dixième jour de la vaccination et le sixième de l'éruption vaccinale.

Le 19 septembre 1842, est admise à l'hôpital des Enfants malades, pour un impétigo du cuir chevelu, la nommée Guérin, âgée de 5 ans, petite fille non vaccinée, d'une constitution robuste, et jouissant habituellement d'une bonne santé. Vaccinée le 27 septembre de trois piqûres à chaque bras, les pustules commencèrent à se développer le 1er octobre. Le 5, dans la matinée, cette petite fut prise d'un frisson léger, suivi bientôt de chaleur à la peau, de céphalalgie, et de douleur dans tous les membres. Etat actuel, le 5 octobre dans la soirée : peau chaude, pouls plein à 112, céphalalgie, langue humide, couverte d'un enduit blanchâtre assez épais, inappétence, soif, pas de diarrhée ni de toux, pas la moindre apparence d'éruption. (Mauve édulcorée; diète.)

Le 6. Même état; les boutons de vaccine, qui sont actuellement parvenus à leur cinquième jour d'éruption, sont larges, aplatis au centre, transparents, nacrés et saillants à leur circonférence, qui n'est entourée que d'une aréole rouge fort légère; les pustules ne reposent pas sur le moindre engorgement sous-cutané. (Mauve édulcorée; diète.)

Le 7. On remarque aujourd'hui, très-largement disséminée sur le visage, les membres et le tronc, une éruption de boutons rouges du volume d'une petite tête d'épingle, vésiculeux à leur sommet. La peau est moins chaude qu'hier; le pouls, de 122, est tombé à 90; même état des pustules de vaccine. (Mauve édulcorée; diète.)

Le 8. Les pustules de variole grossissent, leur sommet s'ombilique, l'éruption est toujours très-discrète, les boutons de vaccine sont au même point, et, malgré leur époque avancée, ils ne sont accompagnés d'aucun engorgement sous-cutané; le pouls est à 96, chaleur modérée, langue humide, moins chargée, soif modérée, appétit. Légère douleur à la gorge, qui ne présente qu'un très-petit nombre de pustules. (Mauve; bouillon.)

Le 10, troisième jour de l'éruption. Les pustules sont déjà en pleine suppuration, et de plus il se manifeste un gonflement œdémateux du côté droit de la face; le pouls est un peu plus fréquent, à 112.

Le 11. Le gonflement a gagné le côté gauche de la face, mais il est moins considérable que du côté droit; la peau y est moins tendue, moins luisante. Les pustules sont en pleine suppuration, l'ombilication a disparu. Les boutons de vaccine se sont encore élargis; ils présentent aujourd'hui la largeur d'une pièce de 25 centimes; ils sont remplis

d'un liquide séro-purulent, et leur base repose sur un engorgement sous-cutané à peine prononcé. (Mauve édulcorée; cataplasmes répétés aux pieds; diète.)

Le 12. Le gonflement de la face est à peu près égal des deux côtés; il s'accompagne d'un peu moins de tension, mais il a envahi la région sous-maxillaire; toutefois dans ce point le gonflement est sans tension ni rougeur, les pieds ni les mains ne sont gonflés, les pustules du visage sont déjà desséchées, bien que l'éruption ne date que de cinq jours. Les boutons de vaccine se sont déchirés et commencent à se dessécher; le pouls est à 90, peu plein; la chaleur de la peau est modérée; pas la moindre agitation pendant la nuit. (Même prescription.)

Le 13. Le gonflement des paupières, qui avait commencé à diminuer hier soir, est encore moins marqué ce matin; les paupières peuvent s'ouvrir presque complétement, et, dans l'après-midi le gonflement du reste du visage se dissipe tout à fait. Cette petite est sans fièvre; elle a de l'appétit. (Deux bouillons.)

Le 16, neuvième jour. Les croûtes du visage, du tronc et des membres sont en grande partie détachées; les pustules vaccinales sont remplacées par des croûtes épaisses, jaunâtres et adhérentes. (Mauve édulcorée; deux soupes.)

On baigne et on purge cette petite fille, et on la fait passer de nouveau dans la division consacrée aux maladies cutanées.

Observation 3.

Enfant vacciné après une semaine de séjour à l'hôpital; développement d'une éruption variolique, le septième jour de la vaccination.

Au n° 12 de la salle Sainte-Catherine, entre, pour un catarrhe pulmonaire léger, la nommée Dieupart, âgée de 6 ans 1/2. Cette petite fille, brune, peu grande pour son âge, et d'une constitution peu robuste, est vaccinée le 3 octobre. Les boutons de vaccine ne commencent à se développer que le 8; le même jour dans la soirée, cette petite se sent mal à l'aise, et vomit.

Le 9 octobre, soif; groupe d'herpès labialis près de la commissure gauche; douleur dans les membres et à la région lombaire, pas d'éruption sur le corps; toux grasse, fréquente, pas de râle. Les boutons de vaccine offrent le volume d'un grain de millet; un peu déprimés au centre, ils sont légèrement saillants et transparents à la circonférence. (Mauve édulcorée, lavement, diète.)

Le 10. L'état général est le même, on remarque en outre trois points papuleux, de l'étendue d'un grain de chénevis, sur le menton, et cinq ou six sur les membres inférieurs. Les boutons de vaccine continuent à se développer; ils sont environnés d'un liséré rouge très-léger. (Mauve édulcorée, julep gommeux, bouillon et lait.)

Le 11. Le pouls, moins plein, est descendu à 76; les points papuleux du menton sont aujourd'hui vésiculeux et ombiliqués à leur sommet, ceux des membres inférieurs sont encore à l'état papuleux. Les boutons de vaccine s'élargissent, mais leur base n'est ni dure ni engorgée. (Mauve édulcorée, bouillon, potages.)

Le 12. Quelques nouveaux boutons se sont développés sur le visage, sur les membres inférieurs et sur le tronc; ils sont encore généralement peu avancés. Les boutons de vaccine offrent maintenant la largeur d'une petite lentille; mais, bien que nous soyons parvenus au neuvième jour de la vaccination et au quatrième de l'éruption, les boutons sont sans aréole rouge à leur circonférence, et sans engorgement sous-cutané.

Le 14, sixième jour de l'éruption vaccinale, quatrième de l'éruption variolique. Pouls à 80, peu développé; peau d'une chaleur douce; appétit. De nouvelles pustules se sont développées sur les membres inférieurs; mais en tout, il n'y en a pas plus d'une quarantaine sur chacun; elles ont aujourd'hui le volume d'un grain de chénevis, sont parfaitement ombiliqués et reposent sur une petite base indurée. Sur le visage, les pustules sont beaucoup plus avancées, l'ombilication a disparu, le liquide qui les remplit est purulent, et commence même à se concréter au centre de quelques-unes. Les boutons de vaccine ont la largeur d'une forte lentille; ils sont aplatis, déprimés au centre, et formant un bourrelet saillant de couleur argentée à la circonférence; l'aréole qui les environne est très-étroite, et d'un rouge peu vif; pas d'engorgement sous-cutané à leur niveau.

Le 16, sixième jour de l'éruption variolique. Dessiccation presque complète des pustules du visage, qui n'a pas offert le moindre gonflement. Les pustules des membres sont en pleine suppuration depuis hier, il en est de même pour les quelques pustules qui existent sur le tronc. Les boutons de vaccine, qui sont à leur huitième jour d'éruption, sont toujours larges, aplatis, sans apparence de suppuration ni de dessiccation. Ils offrent aujourd'hui une très-légère aréole rosée, et un engorgement sous-cutané peu profond et peu étendu; peau d'une chaleur douce, pouls à 68, appétit. (Mauve, potages.)

Le 18. Dessiccation complète des pustules du visage; depuis hier, celles des membres ne sont pas encore desséchées, mais elles sont globuleuses, distendues par un pus épais, opaque, blanchâtre; pas de gonflement des pieds. Les boutons de vaccine commencent à se dessécher au centre, et le liquide de la circonférence est devenu purulent.

Le 21, onzième jour de l'éruption variolique. Les croûtes du visage, jaunes, demi-transparentes, ne sont pas encore tombées; le plus grand nombre des pustules des membres sont actuellement desséchées, il en est de même des boutons de vaccine, qui, depuis deux jours, sont remplacés par des croûtes brunâtres.

Le 23, treizième jour. Presque toutes les croûtes sont tombées, et laissent à découvert des cicatrices unies fort légères.

Observation 4.

Entrée à l'hôpital le 27 septembre 1842, vaccination le 1er octobre; apparition d'une éruption de varioloïde le 11 octobre, sixième jour de l'éruption vaccinale.

Le 27 septembre 1842, est entrée salle Sainte-Catherine, numéro 10, la nommée Rignolet, âgée de 12 ans. Cette jeune fille, blonde, assez grande, d'une assez forte constitution, et jouissant habituellement d'une bonne santé, se plaint d'un peu de céphalalgie, de mal à la gorge; elle a un peu de fièvre. Ce malaise était fort léger, car, dès le lendemain, il était complétement dissipé, et l'appétit était revenu. Comme cette jeune fille n'avait pas été vaccinée et n'avait pas eu la variole, on la vaccine le 1er octobre, et on la rend le lendemain matin à ses parents. Elle fut bien portante jusqu'au 7 octobre; mais ce jour-là, qui était le sixième depuis la vaccination, et le deuxième depuis l'apparition des boutons, elle est prise de céphalalgie et de fièvre qui n'est accompagnée ni de vomissements, ni de douleurs lombaires. Le lendemain, cette jeune fille est mieux, reste levée toute la journée et mange un peu; les jours suivants, le mieux se soutient; elle sort même à l'air. Le 11 octobre, elle voit apparaître quelques boutons sur le visage et sur le corps; on la ramène alors à l'hôpital.

État actuel, 12 octobre. La peau est d'une chaleur modérée, pouls peu plein à 80, langue humide, rosée; soif modérée, appétit, pas de mal de gorge; sur le front existent quatre pustules: l'une de la grosseur d'un grain de chénevis, est ombiliquée au centre; les trois autres sont plus petites et non ombiliquées. Cette éruption est si discrète sur le tronc et les membres qu'on peut compter le nombre des pustules; ainsi on en trouve une quinzaine sur le tronc, et une vingtaine disséminées sur les membres. Ces pustules ont le volume d'un grain de chénevis et sont légèrement ombiliquées à leur sommet. A chaque bras on constate l'existence de deux pustules vaccinales, de la largeur d'une forte lentille, déprimées au centre, tandis que la circonférence, saillante, d'un blanc nacré, est environnée d'une aréole d'un rouge vif. Le tissu cellulaire sous-cutané est aussi le siége d'un engorgement notable.

Le 14, troisième jour de l'éruption, les pustules du voisinage et du tronc sont en pleine suppuration, l'ombilication a disparu, l'engorgement du tissu cellulaire, sous-jacent aux boutons de vaccine, est plus marqué, et l'aréole est plus large et d'un rouge plus foncé; le centre des boutons commence à se dessécher, la fièvre est nulle; aucun malaise. (Mauve édulcorée, deux potages.)

Le 15, les pustules du visage sont toutes desséchées, celles du tronc et des membres sont toujours en pleine suppuration.

Le 16, cinquième jour. Dessiccation des pustules du tronc et des membres, ainsi que des boutons de vaccine, dont la base n'est plus engorgée ni entourée d'une aréole rouge.

Le 18, les croûtes qui ont succédé aux pustules de varioloïde sont presque toutes tombées, et les croûtes de vaccine sont également prêtes à se détacher; état général excellent. (Mauve, deux portions.)

Cette jeune fille est rendue à ses parents le 20 octobre.

Observation 5.

Vaccination quelques heures après l'entrée à l'hôpital; trois jours après, développement simultané de la vaccine, de la variole et de la scarlatine.

Au numéro 4 de la salle Saint-Thomas, à l'hôpital des Enfants malades, est couché, le 27 novembre 1841, le nommé Damien, âgé de 2 ans et demi, enfant robuste et jouissant d'une bonne santé; il est seulement sujet à des attaques d'éclampsie, pour lesquelles ses parents l'amènent à l'hôpital. Quelques heures après être entré dans les salles, on le vaccine par trois piqûres à chaque bras. Le 29 et 30 novembre, on remarque que cet enfant, qui était vif et très-gai, devient grognon, maussade; il continue cependant à manger de bon appétit, il ne tousse ni n'éternue.

1er décembre. On constate aujourd'hui à chaque bras l'existence de trois boutons de vaccine, déprimés au centre, transparents et faisant relief à la circonférence, offrant, en un mot, les caractères d'une bonne vaccine; on remarque en outre que la peau du tronc est le siége d'une rougeur scarlatineuse assez vive, et qu'elle est parsemée, ainsi que les cuisses, de soulèvements de globules de l'épiderme distendus par une sérosité citrine. Ces vésicules, qui varient pour la grosseur, entre le volume d'un grain de millet et celui d'un petit pois, ne présentent ni ombilication centrale, ni aréole rouge à leur circonférence; elles offrent, en un mot, les caractères nettement tranchés de la varicelle. Malgré le développement simultané de ces trois éruptions, l'enfant a recouvré sa gaieté, la langue est humide, l'appétit conservé; peau sans grande chaleur; pouls à 112, peu développé. (Mauve édulcorée, bouillon.)

Le 2, pouls à 120, plus développé qu'hier; peau plus chaude, présentant un pointillé rouge presque général, qui donne à la peau une teinte écarlate; l'éruption vaccinale continue à se développer, et la varicelle offre les mêmes caractères qu'hier. (Mauve édulcorée, cataplasmes chauds aux pieds, lait.)

Le 4, pouls à 104; peau assez chaude et encore rouge; la vaccine marche bien, l'éruption de varicelle est en partie desséchée; mais, à côté de ces vésicules desséchées, on en voit d'autres qui commencent à se développer; de plus, vers la partie supérieure du dos, on remarque quelques vésicules un peu plus larges et ombiliquées, ressemblant beaucoup à des pustules de varioloïde non encore en suppuration.

Le 8, l'enfant va bien, il est sans fièvre. Depuis qu'il est à l'hôpital, il n'a pas eu la plus légère attaque d'éclampsie; depuis deux jours la rougeur scarlatineuse a complétement disparu, mais la langue est encore lisse et d'un rouge vif. Les éruptions de vaccine, de varicelle, et les quelques vésicules ombiliquée ressemblant à des pustules de varioloïde, son

en voie de dessiccation. (Mauve édulcorée, deux potages.)

CONCLUSIONS.

1° Quand une éruption variolique survient un ou deux jours après le développement des pustules vaccinales, c'est-à-dire après le quatrième ou cinquième de l'inoculation, on peut en général expliquer cette anomalie apparente par l'existence d'une épidémie régnante, ou par le séjour des individus dans un milieu où ils ont contracté, avant d'être vaccinés, le germe de la variole.

2° Quand un enfant est soumis à l'influence de la contagion variolique, la vaccination pratiquée en pareille circonstance semble favoriser l'évolution de la variole.

3° Les enfants au dessus de 4 ans, vaccinés pendant la période d'inoculation de la variole, ne sont en général atteints que de varioles modifiées.

4° Si la vaccine exerce une modification avantageuse sur la variole, celle-ci a son tour influence le plus ordinairement le développement de la vaccine, dont les boutons marchent plus lentement et ne sont accompagnés *ni d'aréole aussi marquée, ni d'engorgement sous-cutané.*

5° L'influence avantageuse qu'exerce la vaccine sur la variole paraît être d'autant plus marquée qu'au moment de l'évolution de la variole, l'éruption vaccinale est plus avancée et moins modifiée dans ses caractères.

6° La vaccination pratiquée pendant les prodrômes, ou le premier jour de l'éruption variolique, peut réussir, mais ne nous a pas semblé modifier la marche de la variole.

7° Lorsque les jeunes enfants débiles ou affaiblis par la maladie sont soumis à l'influence du *contagium* variolique, on doit se garder de les vacciner. En effet, la vaccination pratiquée en pareil cas ne paraît propre qu'à hâter l'évolution de la variole, qui, toute modifiée qu'elle pourra se montrer, est toujours à redouter à cause du surcroît de faiblesse qu'elle détermine.

Ainsi que nous l'avons dit, quelques-unes des conclusions de M. Legendre manquent de bases suffisantes pour être considérées comme définitives; aussi les trouve-t-on exprimées avec toute la circonspection d'un esprit qui se tient en garde contre les déceptions d'une expérience, je ne dirai pas trompeuse (car, n'en déplaise à Hippocrate, je ne conçois pas que l'expérience puisse être trompeuse), mais d'une expérience incomplète. Cependant les conclusions formulées par M. Legendre sont de la plus haute importance; celle entre autres relative à la vaccination des jeunes enfants débiles déjà soumis au *contagium* variolique, offre un immense intérêt pratique. Espérons que ces circonstances engageront M. Legendre à se rendre au vœu que nous avons exprimé en commençant.

DE L'INOCULATION DU PUS SYPHILITIQUE;

par le docteur ANDRÉA RANZI (de Pise).

Nous livrons à nos lecteurs quelques passages d'une brochure qui vient de paraître en Italie contre la doctrine de l'inoculation en syphilis. Ce n'est pas qu'on puisse y recueillir des arguments plus neufs et plus puissants que ceux qui ont été émis jusqu'ici, mais on y rencontre quelques faits d'inoculation qui trouvent ici une place naturelle.

... Avant de parler des inoculations modernes, dit le docteur Ranzi, il n'est pas inutile de rappeler comment l'inoculation a été invoquée aussi par les syphilographes non virulistes. Et ce seul fait suffirait déjà pour ne pas attacher une grande valeur à une pratique qui répond en faveur de deux doctrines opposées; ou bien, en effet, elle doit être erronée, ou bien les expérimentateurs en font mauvais usage.

Bru, antiviruliste à l'excès, a inoculé les symptômes primitifs de la vérole, et n'a pu parvenir à en reproduire d'autres semblables. Les inoculations de Dubled, Caron, Bertin, Richond et autres restèrent de même sans résultats. Aussi ces auteurs ont-ils invoqué leurs expériences en faveur de leur doctrine.

Ricord, Baumès de Lyon, et plusieurs autres modernes ont inoculé le pus de l'ulcère ou des bubons, et ont toujours obtenu un ulcère; pour eux, c'est une preuve sans appel de la présence d'un principe spécifique dans le pus des ulcères vénériens.

... Que prétend-on avec l'inoculation? Conclure, lorsqu'elle ne réussit pas, que la maladie n'est pas virulente, ou, lorsquelle réussit, qu'on a incorporé parmi les molécules de la matière vivante l'ombre vaine du virus? L'inoculation des accidents primitifs ne peut conduire à aucune de ces deux conclusions... Comment les non-virulistes pourront-ils par elle soutenir que les ulcérations et la blennorrhagie ne sont pas contagieuses, quand on voit un individu sain les contracter facilement par le commerce qu'il a avec un autre qui est affecté? Et les virulistes n'ont-ils pas une inoculation parfaite dans le mode ordinaire et si commun du coït?... Le pénis ulcéré qui pénètre dans un vagin n'est-il pas l'image com-

plète de la lancette dont la pointe imprégnée de pus se glisse sous l'épiderme. Il est donc clair que cette inoculation ou ne signifie rien, ou ne dit que ce que tout le monde sait.

Ainsi jusqu'à présent nous ne retrouvons dans l'inoculation des symptômes primitifs qu'une expérience vaine, superflue, instituée sans discernement. Mais si nous nous arrêtons encore un peu sur la valeur de cette pratique, nous y rencontrerons d'autres contradictions palpables. Ainsi Ricord dit : L'inoculation est arrivée à matérialiser l'agent spécial, le principe délétère caché aux yeux jusqu'à présent, elle l'a contraint de se montrer dans toute son évidence, puisqu'il reçoit par cette expérience des caractères distinctifs et spéciaux qui ne permettent plus de le placer parmi les êtres imaginaires.—Vanité des vanités! Cette inoculation qui reproduit une lésion semblable à celle qui a fourni le pus inoculable est le seul critérium de la spécificité vénérienne. Puis actuellement, cette inoculation ne réussit que dans les ulcères et le pus des bubons, selon l'aveu de Ricord; la blennorrhagie, les végétations, les papules ne donnent pas de matière inoculable; s'il en est ainsi, nous serons autorisés par les inoculateurs eux-mêmes à soustraire ces accidents du domaine du virus syphilitique. Mais ce sont les virulistes inoculateurs eux-mêmes qui reconnaissent dans les végétations, les papules muqueuses, les symptômes vénériens les mieux déclarés, les produits de la virulence la plus décidée. N'est-ce pas ici un exemple de la contradiction la plus flagrante ?

... Il y a une inoculation artificielle qui peut servir merveilleusement aux besoins de la théorie vénérienne en vigueur, et répandre une très-vive lumière sur cette obscurité dans laquelle les virulistes veulent que s'enveloppe la doctrine syphilitique. Mais cette inoculation ne doit pas être pratiquée avec le pus fourni par les symptômes vénériens primitifs. Et en vérité si nous réfléchissons un instant aux inoculations pratiquées jusqu'à nos jours dans le but de soutenir la doctrine pour laquelle on les emploie, on ne peut se défendre d'être étonné de voir que toutes ont été faites avec le pus fourni par les symptômes vénériens. Qui ne comprend pas que les inoculateurs devaient plutôt avoir recours à toute espèce de pus, et jamais à celui que l'on croit vénérien?

Nous avons dit dans le paragraphe précédent combien est superflue l'inoculation artificielle, parce que nous avons celle du coït qui est irrécusable ; nous ajouterons ici que pour accorder la spécificité virulente aux lésions que nous nommons syphilitiques, il était nécessaire que l'expérience démontrât que cette faculté contagieuse était particulière et exclusive au pus vénérien. Et afin d'arriver à la démonstration de ce point important et fondamental en fait de syphilis, l'inoculation était le moyen le meilleur et peut-être l'unique, mais l'inoculation faite avec les autres pus qui ne sont pas vénériens, afin de constater s'ils pouvaient aussi être inoculés avec résultat; et dans le cas où l'inoculation de tous les autres pus ne réussirait jamais, il faudrait s'accorder à dire que dans le pus fourni par quelques altérations nommées syphilitiques, il y a quelque chose de spécifique et de virulent, parce que lui seul a la propriété régulière et constante de reproduire un pus semblable à lui-même, en conséquence d'une altération identique à celle qui l'avait produit précédemment. Pour formuler enfin mon opinion dans une seule phrase, je dirai encore ce que tout le monde sait, c'est-à-dire que l'unique moyen de dépouiller un objet d'un privilége particulier, est de montrer que ce privilége prétendu est une qualité commune à beaucoup d'autres objets.

Nous avons tenté l'inoculation de différents pus qui, à coup sûr, ne sont pas vénériens, et ils nous ont donné des pustules et des ulcérations de même que l'inoculation du pus des symptômes considérés comme syphilitiques a donné des pustules et des ulcérations.

J'ai déjà fait connaître ce fait dans une brochure publiée sur les maladies vénériennes. Voici d'autres expériences que j'ai entreprises depuis.

En janvier 1842 je fis trois inoculations sur mon bras gauche avec le pus fourni par l'ecthyma; deux jours après trois pustules se développèrent aux points d'insertion; leur période d'accroissement dura environ 10 jours, pendant lesquels elles furent douloureuses; elles arrivèrent ensuite à la dessiccation, et dans l'espace d'un mois tout disparut.

Le 31 décembre 1842 je pratiquai sur le même bras quatre inoculations avec le pus fourni par des piqûres de sangsues, qui s'étaient enflammées et suppuraient, et deux jours après je vis paraître quatre pustules aux quatre points inoculés ; le cinquième jour de leur existence je pris de ce pus, et fis trois autres inoculations sur les parties voisines, et trois autres pustules, filles des quatre premières, se montrèrent au troisième jour; toutes les sept prirent ensuite l'aspect de véritables ulcères, eurent une période d'augmentation qui dura 20 jours, pendant laquelle la douleur fut très-vive , et acquirent jusqu'au diamètre d'un liard. Dans le mois de mars de l'année dernière, je répétai cette même expérience, et j'obtins le même résultat. Je me suis inoculé à deux reprises différentes le pus fourni par les pustules de tartre stibié, mais sans effet ; ce n'est pourtant pas que ce pus ne soit inoculable, car on sait aujourd'hui le contraire, et on peut suppléer à ces inoculations infructueuses chez moi par celles tentées avec suc-

cès par Lichtenstein, lequel affirme que la lymphe bien limpide des pustules du tartre stibié donne lieu à des pustules lorsqu'elle est inoculée. (L'auteur attribue la forme ombiliquée particulière à ces dernières pustules comme à celles de l'ecthyma et du pus des piqûres de sangsues à la cicatrice centrale qui se forme au point où la lancette a pénétré et divisé les tissus, cicatrice formée d'un tissu inextensible qui retient le centre de la pustule tandis que son pourtour se développe davantage.)

Au moment où j'écris, mon ami le docteur Antonio Maracci me communique les détails d'une inoculation qu'il a faite sur lui-même avec l'humeur tirée d'une vésicule d'un blanc perlé, qui s'était développée sur la partie externe de la lèvre supérieure, là où la peau perd sa transparence pour devenir muqueuse. La personne sur laquelle existait la vésicule était dans un état de santé florissant, mais sujette à cette petite éruption semblable aux aphthes ou à ces vésicules qui se développent après la fièvre, et se montrent tantôt sur les lèvres, tantôt sur la muqueuse buccale. Au second jour se développèrent les traces de l'inoculation ; les deux points d'insertion devinrent d'un rouge clair, élevés, et offraient dans leur centre un point blanc qui indiquait évidemment la présence d'un fluide ; en un mot, la pustule de la lèvre se reproduisit sur le bras, parcourut ses stades d'augment et de dessiccation, et disparut dans l'espace de 10 jours.

D'après cela, nous demandons, au nom de la raison et de l'expérience, quel est le virus, quelle est la cause spécifique qui reste dans l'inoculation des symptômes vénériens, puisque ces diverses espèces de pus se sont comportées comme le pus prétendu vénérien? J'espère que ces inoculations faites avec succès, à l'aide de pus différents, suffisent pour invalider les expériences syphilitiques et une bonne partie de la théorie dominante. Si les faits démontrent que l'inoculation des symptômes vénériens les plus évidents, tels que les tubercules plats, les végétations, les papules, et la blennorrhagie restent sans effet ; si d'un autre côté, j'ai démontré que beaucoup d'autres inoculations de symptômes morbides qui peuvent échapper à l'envahissement syphilitique, sont capables de reproduire la lésion, on aura tout ce qu'il faut pour détruire le fruit de toutes les inoculations syphilitiques entreprises avec si peu de logique. L'inoculation n'est donc pas un argument terrible et irrésistible pour ceux qui ne professent pas la doctrine du virus, comme veut le faire croire Ricord. L'auteur s'élève ensuite contre l'immoralité de la pratique de l'inoculation si l'on admet qu'elle soit efficace.

Le docteur Ranzi fait suivre ces considérations sur les tentatives des inoculateurs, de réflexions sur la nature des divers symptômes syphilitiques, sur les signes qui peuvent les faire reconnaître. Ces réflexions constituent ici un hors-d'œuvre, qu'il nous a paru inutile de faire connaître : nous dirons seulement qu'il en ressort que M. le docteur Ranzi n'est pas précisément viruliste, comme il dit, et qu'en accusant d'innocuité la plupart des *formes* regardées aujourd'hui comme syphilitiques, il émet des opinions que nous sommes loin de partager, et qui nous semblent en désaccord avec ce qu'enseignent la pratique et l'observation. Nous trouverons d'ailleurs occasion d'en reparler dans nos recherches sur la syphilographie au XIXe siècle.

SARCOCÈLE VÉNÉRIEN

DANS LES DEUX TESTICULES SUCCESSIVEMENT. — ATROPHIE DU CÔTÉ GAUCHE. — GUÉRISON DU CÔTÉ DROIT ;

par SUNTER, chirurgien assistant au 7e fusiliers.

Joseph Stubbs, admis au dépôt de Brecon, Souhtwales, le 16 février 1844, se plaint d'enrouement, de mal de tête et de douleur dans le testicule gauche. Il n'est pas marié, est d'une constitution scrofuleuse, a les yeux bleus, la peau pâle. Avant d'entrer dans l'armée, il était bûcheron et domestique, et se portait alors très-bien. En 1832, il fut atteint du choléra. Plus tard, à Malte, il contracta au pénis un chancre qui fut traité et guéri par des applications locales, et ne fut suivi, affirme-t-il, d'aucuns symptômes secondaires. A Dublin, en 1838, il eut une otorrhée avec une surdité qui disparut. Enfin, pendant la même année, il fut admis une seconde fois dans le même hôpital de Dublin, pour une jaunisse, dont il ne fut délivré, dit-il, qu'après cinq mois de traitement. C'est, au reste, un homme adonné à la boisson.

En recherchant dans un ancien registre, je trouvai qu'il avait été admis à l'hôpital de Cork, en 1841, pour une petite pustule enflammée qui s'était développée sur la verge après un coït impur. Cette pustule s'était bientôt ouverte et convertie en un ulcère de mauvais aspect, très-rouge, très-douloureux et donnant beaucoup de suppuration. L'ulcère occupait les deux tiers du prépuce, ses bords étaient irréguliers, élevés, irrités ; sa surface, couverte de matière sanguinolente, laissait suinter un fluide sanieux, ténu et mélangé avec du sang. La douleur n'était pas très-vive, et le gonflement beaucoup moindre qu'on ne pouvait s'y attendre. Il existait peu de troubles constitutionnels ; la langue était nette et humide ; le pouls flexible et à 90.

L'ulcération fut touchée plusieurs fois avec l'acide nitrique; le malade fut soumis à la diète sèche, purgé avec le calomel et le jalap, et mis à l'usage des pilules de calomel, d'antimoine et d'opium jusqu'au moment où l'ulcère étant guéri, les gencives s'ulcérèrent à leur tour.

L'année suivante, Stubbs entra de nouveau à l'hôpital pour une gonorrhée et une hernie humorale du testicule droit, qui était très-tuméfié; il se plaignait aussi de douleurs dans les extrémités inférieures, surtout dans les os des jambes. Pas de fièvre. On donna un vomitif, on appliqua sur le testicule des sangsues qui furent suivies de quelque amélioration; mais cet organe continua à rester volumineux et dur. Le malade fut soumis d'abord à un traitement par les pilules bleues, puis par l'iodure de potassium; les toniques et les frictions iodurées furent pratiquées sur le testicule, dont le volume diminua et descendit même au-dessous de celui qu'il avait auparavant. Une affection rhumatismale se déclara bientôt, et fut traitée par les préparations de colchique et les diaphorétiques. Puis enfin, on vit un abcès se former à la jambe gauche, et disparaître, par absorption, sous l'influence d'un vésicatoire. Il existait alors aussi une douleur et une contraction très-vives dans le coude droit.

Au milieu de février 1843, on remarqua chez Stubbs des signes positifs de fièvre hectique. Il éprouvait des frissons et des rougeurs vers le soir, se réveillait le matin fatigué et baigné de sueurs; il commença aussi à se plaindre d'enrouement, de mal de tête, et, au même temps, de douleur dans le testicule gauche, qui s'enfla et atteignit bientôt le volume d'un œuf de dinde. Le testicule droit, qui, le premier, avait été atteint, était en partie atrophié et atteignait à peine la moitié de la grosseur d'un testicule sain; il était cependant sensible à la pression.

J'avais inscrit alors cette observation sous le titre d'*orchite rhumatismale avec laryngite subaiguë*, regardant la dernière comme une forme de l'*influenza* qui régnait alors, et copiant le premier diagnostic sur l'ancien registre où l'affection du testicule droit était ainsi désignée.

Le malade fut purgé, mis à une diète sévère; il éprouva un grand soulagement des ponctions que l'on pratiqua sur les veines scrotales largement dilatées. Sous l'influence des pilules bleues et de l'opium qu'on lui administra jusqu'à ce que les gencives vinssent à s'engorger, il éprouva de l'amélioration; mais le testicule restait toujours dur et même plus tendu à la pression dans certains points: antérieurement même on avait senti distinctement de la fluctuation.

C'est alors que mon opinion changea sur la nature de la maladie, et que j'inscrivis *hydrosarcocèle du testicule gauche, probablement syphylitique*, et c'est aussi ce qui me détermina à administrer le mercure selon la méthode recommandée par sir Benjamin Brodie, dans ses leçons à St-Georges's hospital. Mais comme le mercure que je venais de faire prendre au malade avait agi rapidement, avec énergie, et laissé une irritation dont il se ressentait encore, je jugeai à propos, avant d'entreprendre un second traitement, de lui donner des toniques et de le mettre à un régime nourrissant.

Au bout de dix jours, Stubbs commença à faire chaque jour des frictions avec un demi-drachme, puis un drachme et demi d'onguent mercuriel, jusqu'à ce que la bouche fût devenue très-malade. Ce traitement fut sans effet sur le testicule. On supprima donc le mercure et on le remplaça par une décoction de quinquina et de l'iodure de potassium donné à l'interieur; puis, en même temps, un onguent composé comme il suit :

℞ Potass. hydric. ℥j. unguent. hydr. fort. ℥j. unguent. Cerat. ℥j.

fut étendu sur de la toile et appliqué, chaque soir, sur le testicule malade. Diète complète. Sous l'influence d'une semblable médication, le testicule droit revint à son volume normal, la santé se rétablit; de sorte qu'au moment de sa sortie, le malade se portait aussi bien qu'il avait jamais été. Examiné environ un mois après, la santé s'était conservée bonne chez cet homme; le testicule droit, partiellement atrophié, mais sensible à la pression, offrait la moitié du volume du gauche qui avait ses dimensions normales.

Remarques. La question la plus importante qui se présente dans l'observation précédente, ajoute l'auteur, me semble être celle-ci : Quelle était la nature de la maladie? Etait-ce une hernie humorale du testicule droit dont le malade était atteint lorsqu'il fut admis à l'hôpital de Douvres en 1842? ou bien était-ce un cas de hernie humorale avec rhumatisme aigu, comme cela avait été consigné sur les registres en 1843? Pour ma part, après un examen attentif de ce fait, et en jugeant aussi d'après les effets du traitement, d'après l'état présent du testicule droit, le dire de cet homme, qui affirme n'avoir jamais eu de gonorrhée, lorsqu'il entra à l'hôpital de Douvres, d'après le fait du testicule gauche qui fut affecté d'une manière si semblable à l'autre une année après, les deux atteintes de ce que l'on considère comme des symptômes bien prononcés de fièvre hectique vénérienne, j'avoue que je regarde ce fait comme un cas de *sarcocèle vénérien*, ayant attaqué le testicule

après la guérison du chancre primitif à Cork, en 1841. La tumeur qui se développa au tiers inférieur du tibia droit, qui éprouva un changement si favorable sous l'influence du vésicatoire, et ne parvint pas à suppuration, était, je pense, un nodus vénérien; et, en dernier lieu, l'affection du testicule gauche, pour lequel le malade fut admis par moi à l'hôpital, en février 1844, était, je le pense aussi, un sarcocèle vénérien, très-semblable à celui qui avait atteint le testicule droit, avec cette différence, que le dernier ne fut accompagné de l'effusion d'aucun liquide dans la tunique vaginale. Une année s'était écoulée, il est vrai, entre la disparition du chancre primitif du pénis à Cork et l'affection du testicule droit à Douvres, et une autre année s'écoula encore depuis le temps où le malade sortit de l'hôpital pour cette dernière affection (février 1843) jusqu'au moment de son admission pour la maladie du testicule gauche, c'est-à-dire en février 1844. Mais cette circonstance ne milite assurément pas contre l'idée que la maladie était une syphilis secondaire; car on pourrait citer beaucoup de cas à l'appui de cette opinion, que les affections syphilitiques secondaires varient autant dans leurs périodes que dans le mode de leur apparition. L'immortel Dupuytren dit, dans ses leçons orales, qu'un des symptômes auxquels on doit le plus s'attendre dans le testicule vénérien est de voir l'affection s'attacher à un testicule pendant six mois, un an, un an et demi, pour le laisser, et attaquer l'autre soudainement. Je pourrais aussi renvoyer à un cas du docteur Moorehead, publié dans *Dublin medical Press*, en octobre 1843, sous le titre de *Cachexia syphiloidea*, cas qui ressemble complétement à celui que je viens de décrire et qui était certainement une syphilis secondaire.

Quant à l'enrouement et au mal de tête dont se plaignait Stubbs, lorsqu'il entra à l'hôpital de Brecon en 1844, je les regarde comme une des formes de l'influenza régnante alors, car j'ai vu, au même moment, un grand nombre de cas semblables guéris par le même traitement que celui que je fis suivre à mon malade. Si l'on me demandait auquel des médicaments administrés on doit attribuer la guérison de la maladie du testicule, j'avoue ne pas me trouver assez compétent pour décider la question; mais je puis dire que j'ai vu un cas de testicule vénérien chez une personne, chez laquelle il récidiva maintes et maintes fois après plus d'un traitement mercuriel (traitement qui, il est vrai, n'avait pas été parfaitement bien suivi), être guéri par une décoction de quinquina à l'intérieur, des bains de pluie froide et des frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse sur la tumeur.

(*London medical Gazette*, août 1844.)

Dermatitis contusiformis.

Il n'y a que quelques années que cette affection de la peau a été décrite avec précision; mais depuis il n'en a pas été question, quoiqu'on l'observe assez souvent. Elle siége toujours aux membres inférieurs, chez des individus pléthoriques, menant une vie peu sédentaire. Elle se manifeste par des taches plus ou moins grandes, irrégulières, mais circonscrites, livides, sensibles au toucher, et légèrement saillantes. Ces taches occupent souvent les deux tiers de la jambe; aussitôt qu'elles commencent à se résoudre, elles passent, comme les ecchymoses, par toutes les phases de la coloration. Dans tous les cas, j'ai obtenu une guérison complète par une saignée du bras, et par l'emploi de l'acide sulfurique (ac. sulph. dilutum) à l'intérieur.

Acide sulfurique........	6 ou 8 grammes.
Eau distillée............	120 grammes.
Sirop de framboise......	30 grammes.

M. D. P. Une cuillerée toutes les heures ou deux heures.

N. B. L'acide sulfurique (*dilutum*) de la Pharmacopée prussienne contient 1 ac. sulf., 5 eau distill.

Nous regrettons que cette forme n'ait pas été décrite ou au moins signalée plus amplement; mais il est évident que l'auteur a indiqué ici l'urticaire tubéreuse, dont l'histoire présente le plus vif intérêt, et sur laquelle nous insisterons avec soin.

(Szerlecki, *Zeitschrift für Therapie, etc.* N°s 1 et 2, 1844.)

Des maladies idiopathiques du cuir chevelu et de leur traitement,

par le docteur F. Hebra.

Les affections idiopathiques du cuir chevelu sont au nombre de sept :

1. Seborrhea;
2. Pityriasis;
3. Eczema;
4. Impetigo;
5. Favus;
6. Alopecia circumscripta;
7. Plica polonica.

— *Pityriasis simplex.* — Appliquer au cuir chevelu des fomentations chaudes d'une décoction de son, et y faire souvent des onctions avec des pommades douces pour en enlever les écailles. Dans le cas où celles-ci présenteraient la forme amiantacée, il faut que les cheveux soient coupés ras, tant pour en empêcher la chute, que pour pouvoir mieux employer les médicaments qui tendent à tonifier

les follicules pileux : lotions spiritueuses ou alcalines, onguents de baume du Pérou, gomme kina, quinquina rouge, etc. Il faut que ces remèdes soient continués pendant longtemps sans interruption, à cause de la grande opiniâtreté du pityriasis.

— *Eczema rubrum.* — Il est caractérisé par un grand nombre de petites bulles remplies d'une sérosité claire. Ces bulles siégent sur le cuir chevelu, devenu très-rouge ; en s'ouvrant elles font coller les cheveux, et laissent sur le linge des taches comme celles du sperme ; fortes démangeaisons ; en même temps desquamation considérable de l'épiderme. Cette maladie atteint plus souvent les adultes, surtout les personnes exposées à l'influence d'agents nuisibles extérieurs, comme, par exemple, les boulangers, les maçons, les forgerons, etc., et elle continue souvent après que cette action a cessé. Sans jamais administrer des médicaments à l'intérieur, M. Hebra a obtenu, dans une centaine de cas, une guérison radicale par l'emploi, longtemps continué, de fomentations froides et de bains à douches. Après que le suintement, le prurit, la formation d'écailles et de croûtes ont peu à peu cessé, et qu'il ne reste qu'une légère rougeur du cuir chevelu, devenu sec et dur, M. Hebra a employé, avec succès, des pommades d'oxyde de zinc, de goudron et de beurre de cacao.

— *Impetigo.* — L'auteur en admet trois formes différentes :

A. *Impetigo achor mucosus.*
B. *Impetigo achor granulatus.*
C. *Impetigo achor decalvans.*

La guérison des deux premières n'est pas difficile à obtenir. Quand l'affection est d'origine récente, et que, déjà assez considérable, elle menace encore de s'étendre, alors M. Hebra n'administre que des médicaments à l'intérieur, parmi lesquels les drastiques occupent le premier rang. Après avoir diminué, par cette médication, l'exsudation purulente, il passe aux fomentations, fait nettoyer le cuir chevelu au moyen du savon, de la brosse et du peigne, et administre, en dernier lieu, des pommades d'iodure de zinc, d'iodure de plomb, la pommade citrine, de goudron, etc. L'application de fomentations froides et des bains à douches fut également couronnée du meilleur succès. — Quant à l'*Impetigo achor decalvans*, il résistait à toute médication.

—*Favus, tinea favosa.* — Cette végétation parasite (1) siégeant dans les follicules pileux, exige, comme première indication de guérison, la destruction du végétal même, qu'on doit en même temps empêcher de se reproduire. Dans ce but on coupe les cheveux ras, et, après avoir ramolli les *favi* accumulés par une quantité suffisante d'huile, on couvre la tête de fomentations chaudes, composées d'un mélange de savon et de son, qu'on continue d'y appliquer jusqu'à ce que toute la croûte, couvrant le cuir chevelu, commence à se gonfler et à se détacher de sa base. Après avoir ratissé et éloigné ces masses au moyen d'une spatule, on nettoie la tête avec le peigne et la brosse, on examine soigneusement le cuir chevelu, qui présente alors sur sa surface, très-rouge et saignant facilement, des excavations nombreuses, pour voir s'il y a encore des *favi* à enlever. Puis on doit détacher les germes restés dans les cellules de l'épiderme et les follicules pileux, et en empêcher la reproduction. Pour atteindre ce but, on applique une solution de deuto-chlorure de mercure et de nitrate d'argent ou d'arsenic, ou une pommade d'iodure de plomb, de locculus indicus, de chaux vive et de carbonate de potasse, la pommade citrine, etc., enfin des acides minéraux (diluta).

« On y parvient, dit l'auteur, de la manière la plus rapide et la plus sûre, en frictionnant les parties du cuir chevelu dont on a enlevé les *favi* avec de l'acid. acétic., dilut., jusqu'à ce qu'elles saignent légèrement ; puis on y applique une solution alcoolisée d'iode, en continuant ainsi, pendant plusieurs semaines, jusqu'à ce qu'on ne s'aperçoive plus de la reproduction des *favi*. Avant de faire la friction, il faut qu'on ait soin d'arracher les cheveux, faciles à enlever, et par conséquent malades, au moyen d'une pincette ou d'un bistouri serré contre le pouce, puisqu'il reste souvent des germes aux bulbes des cheveux. »

Quant à l'*Alopecia circumscripta*, l'auteur n'en a observé que trop peu de cas pour pouvoir en parler consciencieusement.

(*Zeitschrift der KK. Gesellschaft der Aerzte zu Wien.* 1stes heft 1844. — *Journal de la Société des Médecins de Vienne*, 1er N° 1844. — Tiré du *Journal de Thérapeutique*, du docteur Szerlecki, Nos 1 et 2, 1844.)

(1) Nous reproduisons sans commentaire cette opinion, qu'il sera à propos de discuter, quand nous présenterons l'histoire du Favus.

DE L'EMPLOI DU TARTRE STIBIÉ DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

Observations recueillies à l'Hôpital de la Marine de la Finlande par le docteur de Willenbrand.

Un matelot, se plaignant de douleurs rhumatismales, et ayant la fièvre, fut reçu à l'hôpital. M. Willenbrand, croyant avoir affaire à un rhumatisme aigu, ordonna une saignée et du tartre stibié. Mais le lendemain il fut évident que le malade était affecté d'une uréthrite syphilitique. Toutefois il urinait déjà

avec plus de facilité que la veille, et, après avoir continué, pendant quelques jours, l'usage du tartre stibié, il fut complétement guéri.

Bientôt après un autre matelot fut admis à l'hôpital, souffrant, pour la seconde fois, d'une récidive de la syphilis, traitée antérieurement par le mercure. Ulcères vénériens à la gorge et aux coins de la bouche, jaunisse. M. Willenbrand ordonna le tartre stibié dans une décoction amère. Pendant les premiers sept jours du traitement, un changement visible s'opérait dans les ulcères; la guérison fut complète le douzième jour.

Dans nombre d'autres cas d'ulcères syphilitiques à l'arrière-bouche, et de chancres primitifs à la verge, l'emploi du tartre stibié amenait rapidement la guérison; il en fut du même pour des exanthèmes syphilitiques et un cas de paraphimosis. Parmi 30 malades soumis à ce traitement, il n'y eut qu'un cas de récidive.

L'auteur observe qu'en Finlande le traitement de la syphilis sans mercure n'a pas eu le même succès que dans d'autres pays; non-seulement il fallait plus du double du temps qu'exige le traitement mercuriel, mais aussi les récidives étaient plus fréquentes. M. Willenbrand est convaincu que le tartre stibié peut être regardé comme un remède efficace dans des cas de syphilis compliquée avec d'autres maladies, contre les ulcères de la bouche et du gosier, et surtout contre les récidives, où le mercure, largement employé, avait déterminé des affections rhumatismales et une inflammation chronique de la muqueuse de la bouche et de l'arrière-bouche, par suite de laquelle de petits ulcères y paraissent et disparaissent tour à tour. C'est dans ces derniers cas surtout que l'effet du remède est surprenant. Il en est de même dans le traitement des ulcères syphilitiques secondaires du scrotum et des ulcères primitifs et secondaires de la verge. Dans le traitement des ulcères primitifs, M. Willenbrand emploie en outre, comme topique, une solution de potasse caustique. Le remède ne paraît pas suffire pour obtenir la guérison des exanthèmes syphilitiques et des condylomes; il n'a pas encore été essayé dans le traitement des tophi et des exostoses. Plusieurs cas d'uréthrite syphilitique furent complétement guéris; dans d'autres cas au contraire le tartre stibié se montrait évidemment nuisible, en provoquant une dyscrasie considérable et l'hématurie, qui cessèrent aussitôt qu'il fut discontinué. M. Willenbrand attribue l'apparition de ces symptômes alarmants à ce qu'il n'avait pas saigné les malades au commencement du traitement.

Le tartre stibié fut administré *in dosi refractâ* : on le discontinuait chaque fois qu'il provoquait des diarrhées et des vomissements; les malades furent mis au régime et tenus chauds, et avec propreté. Quelquefois l'usage trop longtemps continué du remède produisit des vertiges et des vomissements.

A la fin M. Willenbrand rapporte que le docteur Kasell à Abo s'est également servi avec succès du tartre stibié dans le traitement de l'uréthrite et des ulcères syphilitiques.

DE LA LÈPRE BORÉALE AU KAMCHATKA,

par le docteur [illegible].

La lèpre boréale, appelée la mauvaise maladie par les habitants du Kamchatka, se montrait autrefois toujours compliquée d'autres maladies, surtout sous la forme d'éruptions d'un caractère grave, et particulièrement de formes ayant l'apparence syphilitique. Elle se manifeste à présent sous deux aspects. Dans l'un, il se développe sur différentes parties du corps des saillies rougeâtres ou d'un rouge foncé, sans douleur, lisses ou inégales, de grosseur et de formes variées ; ou bien il paraît sur toute la surface du corps, à l'exception du cuir chevelu, des papules bleuâtres de la grosseur d'une graine de moutarde. Après des mois ou des années, elles deviennent des ulcères rongeants, sécrétant du pus séreux, qui bientôt s'étendent sur toute la surface et attaquent même les os. Tandis que quelques-unes guérissent après s'être couvertes de croûtes noires, et après une desquamation très-longue, il s'en forme d'autres sur d'autres parties du corps. En même temps, la figure, les membres, et surtout les articulations, se gonflent.

L'autre forme est *la lèpre tuberculeuse*. Les malades ont le teint gris de cendre ou d'un bleu-rouge foncé; les cartilages des oreilles perdent leur élasticité, et il se développe aux différentes parties des tubercules de la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une noix; la couleur reste à l'état normal. Ces tubercules deviennent plus tard douloureux, et s'enflamment. Alors, il se forme des fissures en forme de rayons ; celles-ci se changent en ulcères à fond lardacé, qui sécrètent une sérosité purulente et se couvrent plus tard d'une croûte épaisse; en même temps la peau devient passive et ne transpire plus; les membres deviennent gangréneux sans que le malade éprouve des douleurs. Ce que ces deux formes ont en commun, c'est le développement d'ulcères rebelles sur la muqueuse de la bouche et du larynx, etc., l'enrouement, l'aphonie, l'épaississement des ongles, qui se recourbent de manière à ressembler à ceux des oiseaux. Au début, il n'y a pas le moindre amaigrissement du corps; mais aussitôt que les parties intérieures sont affectées, il se manifeste une fièvre hectique qui fait des progrès rapides.

Quand le mal est fort avancé, il n'admet plus de pronostic favorable : ce n'est que tout au commencement qu'un changement d'air, de régime, etc., pourront peut-être porter remède. La lèpre boréale est incontestablement contagieuse. La prédisposition est la même dans les deux sexes, et à tout âge, c'est-à-dire passé l'âge de 8 ans ; quelquefois elle est héréditaire. La cause déterminante en est inconnue ; on regarde comme des causes prédisposantes, la diathèse héréditaire ou acquise, les exanthèmes d'un caractère grave, la scrofule, la syphilis, le scorbut, la dépression de l'âme, les aliments gras, peu nutritifs, salés. On ne connaît pas encore de médicaments thérapeutiques propres à combattre cette maladie. (*Gazette médicale de Russie*, n° 6.)

Typ. Lacrampe et Comp., rue Damiette, 2.

2e ANNÉE. — 2e VOLUME. — No 6. — JANVIER 1845.

ANNALES

DES

MALADIES DE LA PEAU

ET

DE LA SYPHILIS,

PUBLIÉES

Par ALPH. CAZENAVE,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Médecine, etc.

Periculosum est credere et non credere.

MALADIES DE LA PEAU.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DES TOPIQUES.

(Deuxième article.)

Des pommades.—De tous les topiques appliqués au traitement des maladies de la peau, les plus nombreux sont, sans contredit, les pommades. On en a imaginé, vanté de toutes sortes; on les a préconisées contre les affections cutanées de toute espèce, et cependant il y en a très-peu dont l'efficacité ait été bien positivement constatée, comme aussi en réalité les maladies de la peau au traitement desquelles elles soient positivement applicables, sont certainement en petit nombre.

On emploie les pommades dans la thérapeutique des affections cutanées à plusieurs titres différents. Dans un grand nombre de cas, c'est comme corps gras seulement qu'on les applique sur les points où la peau est plus ou moins affectée. On les emploie alors comme topiques émollients, dans le but d'adoucir la peau, de calmer la chaleur dont elle est le siége, de la rendre plus souple, de l'empêcher de se gercer, pour la débarrasser des squames qui la couvrent, gênent les mouvements, ou les rendent douloureux. Dans ces circonstances, je le répète, c'est comme topique gras seulement qu'on emploie telle ou telle pommade. Aussi dans le plus grand nombre de cas, pourra-t-on indifféremment avoir recours au cérat (1), à l'axonge fraîche, aussi bien qu'à quelques-unes des formules qui sont le plus généralement préférées; ainsi, en général, pour remplir ces indications, je me sers ou du cérat, ou du beurre de cacao, ou bien de la pommade de concombres, dont l'application est souvent suivie d'un calme réel, d'un soulagement marqué dans la partie enflammée, quand elle est le siége d'une démangeaison plus ou moins vive; ou du cérat de blanc de baleine :

℞ Blanc de baleine	1 gramme.
Cire blanche	4 gram.
Huile d'olives	8 gram

F. S. A.

(1) Au point de vue pharmaceutique, on sait que les cérats diffèrent des pommades, en ce que ces dernières ont nécessairement pour base des graisses. Dans tout le cours de cet article tout thérapeutique, j'entends parler à la fois des pommades et des cérats.

ou bien encore du cérat, connu sous le nom de cold-cream :

℞ Huile d'amandes douces.......	150 grammes.
Blanc de baleine..............	85 gram.
Cire blanche..................	15 gram.
Eau de roses..................	30 gram.
Eau de Cologne................	8 gram.
Teinture de benjoin...........	1 gram.

F. S. A.

(Dorvault-*officine*.)

Toujours dans le même but, et plus particulièrement pour calmer un état d'inflammation plus ou moins prononcé, on a souvent associé au cérat ou à la graisse un principe médicamenteux, dont on supposait que la présence pouvait ajouter à l'action résolutive de l'excipient graisseux. C'est ainsi que j'ai employé l'amidon en poudre :

℞ Amidon en poudre.......	de 8 à 15 grammes.
Cérat..................	30 gram.

F. S. A.

C'est pour remplir des indications analogues que M. le docteur Martin Solon a proposé d'associer au cérat ou à l'axonge une certaine proportion d'oxyde blanc de zinc, d'après une formule qui rappelle celle de Hufeland. Il a surtout vanté cette pommade dans le traitement de certains eczémas semi-aigus, avec suintement peu abondant. Je m'en suis servi avec des résultats variables, surtout dans le cas où j'étais obligé, par l'état, ou le siége de l'éruption, d'appliquer un corps gras, que je choisissais alors le plus inoffensif possible. Je dois dire, qu'appliquée sur une surface enflammée, cette pommade m'a semblé plusieurs fois de beaucoup préférable à tout autre topique, gras seulement. Je me sers habituellement de la formule suivante :

℞ Oxyde blanc de zinc...........	2 grammes.
Cérat..........................	20 gram.

F. S. A.

ou bien du cérat de Hufeland :

℞ Oxyde de zinc............... }	āā 2 grammes.
Lycopode.................... }	
Cérat.......................	30 gram.

F. S. A.

Enfin c'est encore dans le même but, que l'on emploie depuis longtemps un cérat calaminaire, dont la meilleure formule appartient à Turner :

℞ Pierre calaminaire.......... }	āā 45 grammes.
Cire........................ }	
Huile d'olives.............	100 gram.

F. S. A.

A cette première catégorie de pommades appartiennent, je le répète, toutes celles qui, pour ainsi dire, succédanées des cataplasmes émollients, sont destinées à adoucir les parties enflammées, à lubréfier les surfaces malades, à rendre les mouvements de la peau plus faciles, à sécher quelques gerçures, etc.: ce ne sont pas à beaucoup près les plus nombreuses.

Dans la plupart des cas, le corps gras n'est que l'excipient auquel on a associé un ou plusieurs agents médicamenteux, plus ou moins actifs, quelquefois même très-énergiques, en tête desquels je citerai les sels alcalins, le soufre, les préparations iodurées, mercurielles, etc.; mais alors les pommades ont des destinations diverses; elles ne sont plus seulement appliquées d'une manière générale, pour adoucir la peau, etc.; elles sont dirigées contre telle ou telle forme, dans le but ou de modifier la vitalité des surfaces malades, ou d'activer la résolution, etc.

Enfin, il y a une troisième catégorie, dans laquelle se rangent les pommades qui ont été employées dans un but tout spécial, contre la gale, par exemple, ou le porrigo favosa.

Si maintenant nous pénétrons plus avant, et si nous cherchons à saisir quelles sont, d'une manière plus précise, les indications qui peuvent se présenter pour le choix des pommades, et l'opportunité de leur application, nous pourrons en indiquer quelques-unes tout à fait pratiques, en parcourant rapidement le cadre des maladies de la peau, d'après leurs formes.

En général, je l'ai déjà dit, la thérapeutique des *exanthèmes* n'admet point de topiques gras; il faudrait en excepter l'érysipèle, contre lequel on a vanté plusieurs pommades, et notamment la pommade mercurielle; mais l'expérience a démontré que cette application était au moins inutile.

Les éruptions *vésiculeuses*, à part la gale qui présente une indication toute spéciale, sont peut-être les affections dans le traitement desquelles l'emploi des topiques gras présente le plus de difficultés : ce que je dis ici est surtout applicable à l'eczéma. J'ai déjà signalé d'une manière générale celles qui peuvent se présenter en pa-

reil cas; j'ajouterai, pour ce qui regarde particulièrement l'herpès et l'eczéma, que ce n'est que lorsque les surfaces sont sèches, dans l'herpès circinné, par exemple, et dans l'eczéma squammeux, qu'on peut avoir recours avec avantage aux pommades; c'est aussi pour remplir quelques indications particulières, dépendant du siége de l'éruption, lorsque les squames, par exemple, gênent trop les mouvements des parties affectées, aux paupières, à l'angle de la bouche, au prépuce, ou bien encore quand l'éruption occupe certaines surfaces garnies de poils, le cuir chevelu, le pubis, etc. Dans ces divers cas, je me suis surtout servi avec avantage des pommades suivantes :

℞ Calomelas	de 1 à 2 grammes.
Axonge	20 à 30 gram.

F. S. A.

℞ Turbith minéral	2 grammes.
Axonge	30 gram.

F. S. A.

Je fais faire des onctions légères le soir, ou matin et soir, sur les parties malades. A l'exemple de mon collègue le docteur Émery, je me suis quelquefois servi avec avantage, dans l'eczéma chronique, d'onctions faites avec une pommade légère de goudron, en ayant soin d'appliquer immédiatement après, un cataplasme de fécule de pommes de terre. Enfin, il y a des cas, dans lesquels l'eczéma est arrivé à un état de sécheresse tel, avec épaississement de la peau, que les surfaces malades peuvent supporter impunément des pommades plus actives, que nous retrouverons tout à l'heure, à propos des affections squammeuses proprement dites. Quant à la gale, elle présente je le répète, des indications spéciales : la plupart des pommades que l'on emploie pour la combattre sont plus ou moins irritantes; aussi ont-elles presque toutes l'inconvénient de provoquer une éruption qui vient compliquer la maladie première; cette éruption est ordinairement un eczéma. On en a vanté et employé un grand nombre, et une foule d'essais comparatifs ont été faits pendant plusieurs années à l'hôpital Saint-Louis ; il en est résulté que de toutes les pommades vantées pour combattre la gale, celle à l'aide de laquelle on a obtenu les moyennes de traitement les plus courtes, est la pommade sulfuro-alcaline.

℞ Soufre sublimé	8 grammes.
Sous-carbonate de potasse	4 gram.
Axonge	32 gram.

F. S. A.

on en emploie de 8 à 15 grains matin et soir en frictions (1).

Excepté le porrigo favosa, en général les *éruptions pustuleuses* se trouvent mal de l'application des corps gras. Ainsi, presque toujours nuisibles dans l'impétigo, au moins inutiles dans l'ecthyma, ils sont rarement avantageux dans le traitement des diverses formes d'acné, si ce n'est peut-être dans l'acné indurata, quand le tissu cellulaire induré autour des pustules, les a converties en tubercules volumineux, pour la résolution desquels j'ai quelquefois employé avec avantage certaines pommades, et de préférence les pommades mercurielles. Celle qui m'a le plus souvent réussi, est la suivante :

℞ Protonitrate de mercure	1 gramme.
Axonge	20 gram.

F. S. A.

J'y ai souvent recours aussi dans le traitement du sycosis, contre lequel, toutefois, on réussit plus généralement avec une pommade légèrement alcaline :

℞ Sous-carbonate de potasse	1 gramme.
Axonge	20 gram.
Camphre	15 centigr.

F. S. A.

Enfin, comme la gale dans les vésicules, le porrigo favosa, parmi les éruptions pustuleuses, réclame l'emploi de pommades spéciales, qu'il supporte d'ailleurs impunément, bien qu'ici encore, et même plus que dans le traitement de la gale, les pommades soient généralement irritantes. M'occupant ici des corps gras, surtout comme question de thérapeutique, je ne puis entrer dans l'examen détaillé des diverses pommades vantées avec plus ou moins de raison contre telle ou telle éruption, d'autant mieux que pour la plupart

(1) Nous avons publié, dans le numéro de novembre 1844, la formule d'une pommade employée par le docteur Hebra de Vienne, et qui, indépendamment de son action spéciale sur l'acarus, agit mécaniquement en détruisant le sillon.

d'entre elles. J'aurai occasion d'y revenir, en m'occupant en particulier de ces maladies : ceci est aussi et principalement applicable au porrigo favosa. Je me contenterai donc de dire, en passant, que les topiques qui jusqu'à présent m'ont le mieux réussi dans le traitement de cette maladie si rebelle, sont les pommades alcalines, et aussi la pommade d'iodure de soufre.

℞ Iodure de soufre.............. 2 grammes.
Axonge...................... 30 gram.
M.

J'ai essayé à plusieurs reprises, et j'ai recommencé depuis quelque temps l'usage de l'ammoniaque, qui me semble promettre d'heureux résultats.

Déjà, en m'occupant des lésions de sensibilité de la peau, j'ai dit que les affections *papuleuses* supportaient mal les topiques gras. On peut d'ailleurs, à ce point de vue thérapeutique, les séparer en deux catégories différentes : à l'*état aigu*, qui est représenté par les diverses variétés du lichen, depuis le lichen *simplex* jusqu'au lichen *agrius*, presque sans exception, l'application de pommades est au moins inutile, et quelquefois très-nuisible : j'ai vu souvent, sous l'influence de l'application d'une pommade même peu irritante, les papules du lichen simple s'enflammer, l'éruption s'étendre, devenir confluente, le sommet des papules s'ulcérer. *A l'état chronique*, au contraire, constitué le plus souvent par ce que l'on appelle le prurigo, si les onctions grasses ne sont pas toujours suivies de la guérison ou même d'un soulagement, le plus souvent cependant elles amènent une modification heureuse, et presque toujours elles sont supportées impunément. Ainsi, contre le prurigo, on a vanté et employé avec des résultats variables une foule de pommades parmi lesquelles je citerai la pommade de goudron laudanisée, encore les pommades alcalines, le cérat camphré, et la plupart des pommades mercurielles.

Jusqu'ici nous avons vu des éruptions dans le traitement desquelles l'application des corps gras est soumise à une foule de conditions qui la rendent, il faut le dire, très-difficile; il me reste à parler des formes contre lesquelles l'emploi des pommades est toujours sans inconvénient, contre lesquelles il est même toujours avantageux, au moins comme moyen auxiliaire, je veux parler des éruptions *squammeuses*, de la lèpre vulgaire, du psoriasis. Ici se retrouvent réunies toutes les indications et toutes les conditions favorables à l'emploi des topiques gras, des surfaces non enflammées et peu susceptibles de l'être, des tissus généralement peu impressionnables, une maladie caractérisée par la gêne que cause surtout une enveloppe squammeuse plus ou moins étendue, plus ou moins épaisse, une éruption, qui, loin de devoir faire redouter l'inflammation de la peau, a besoin d'une certaine irritation au contraire, pour la résolution des plaques. Tout ceci est donc favorable à l'emploi des corps gras, et même leur application est si constamment suivie d'une amélioration au moins momentanée, que non-seulement on en a vanté un grand nombre, mais encore on a pensé que le traitement topique était suffisant pour obtenir une guérison solide. Ce n'est pas le moment de discuter cette opinion (1) qui n'est pas la mienne : il me suffit d'établir que, de toutes les éruptions, ce sont les maladies squammeuses dans le traitement desquelles l'emploi des pommades est le plus constamment exempt d'inconvénients, et suivi d'avantages réels. Depuis longtemps j'ai pu constater que, de toutes les pommades qui ont été vantées contre ces affections, celles qui sont le plus facilement suivies d'une modification heureuse sont la pommade d'*iodure de soufre*, dont j'ai donné plus haut la formule, dont je me sers habituellement, et dans laquelle on peut porter la dose de l'iodure de 2 à 4 grammes ; et la pommade de goudron, employée tous les jours avec succès, par mon collègue le le docteur Éméry, au huitième ou à un quart.

Si maintenant je résume rapidement ce que je viens d'établir à propos de chaque forme des maladies de la peau, je dirai : 1° qu'il y a des éruptions dans le traitement desquelles les pommades sont appliquées toujours ou presque toujours impunément et le plus souvent avec avantage : ce sont les affections squammeuses, la lèpre et le sporiasis, et aussi les éruptions spéciales, la gale, le porrigo favosa ; 2° qu'il y a des éruptions dans le traitement des-

(1) J'ai déjà eu occasion de m'expliquer à ce sujet en présentant l'histoire des maladies squammeuses. (V. *Annales*, n° de décembre 1re année.)

quelles l'application des pommades, toujours très-difficile, quelquefois utile, souvent nuisible, est soumise à une foule de conditions accidentellés, dépendant de l'éruption et de l'individu. Ce sont surtout l'eczéma, le sycosis, l'herpès, les diverses variétés de l'acné; 3° qu'il y a des éruptions dans le traitement desquelles l'application des pommades est presque constamment, pour ne pas dire toujours, nuisible, ce sont les exanthèmes, l'impétigo, l'ecthyma, et le lichen.

Je répéterai, en terminant, qu'à part l'opportunité de leur application, les pommades ne doivent être en général regardées que comme des moyens accessoires dans la thérapeutique des maladies de la peau.

(*La suite au prochain numéro.*)

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES ÉROSIONS SYPHILITIQUES EN GÉNÉRAL, ET SUR LA BLENNORRHAGIE BATARDE EN PARTICULIER.

Il n'y a pas de maladie dont l'étude se rattache plus que celle de la syphilis aux grandes questions de pathologie générale, de médecine philosophique; et cependant, parmi les diverses catégories de spécialistes, les syphilographes sont ceux qui, en général, sont restés le plus étrangers à ces hautes études; aussi, à l'exception de quelques ouvrages hors ligne, comme ceux d'Astruc, de Hunter et de quelques autres écrivains, trouve-t-on les traités de syphilis conçus dans un esprit étroit, qui, sans rendre les auteurs plus précis dans les détails, borne leur horizon, les empêche de saisir la relation des faits et de s'élever à aucune généralité de quelque importance. Ce paupérisme intellectuel nous explique pourquoi certains faits d'une haute importance sont à peine ou même point du tout signalés, tandis que d'autres sont complaisamment amplifiés outre mesure, plutôt pour l'ennui du lecteur que pour le profit de la science. Parmi les faits du premier ordre doivent être placées les érosions syphilitiques primitives. Les auteurs modernes ont sans doute, plus que les anciens, insisté, au point de vue descriptif, sur la balanite, ou blennorrhagie du gland; mais au point de vue scientifique, à ce point de vue où l'on ne se borne pas à voir, mais où l'on compare, où l'on étudie, où l'on cherche à comprendre, on peut affirmer que les modernes ont laissé la question où ils l'avaient trouvée, c'est-à-dire au berceau. Nous allons d'abord, par un rapide coup d'œil historique, prouver l'exactitude de cette assertion, et nous essaierons ensuite de porter nos vues un peu plus loin que nos prédécesseurs.

Astruc parle ainsi qu'il suit de la balanite et des ulcératios qu'elle présente : « Il est une troisième espèce de gonorrhée assez fréquente dans les hommes, appelée *gonorrhée* bâtarde, dans laquelle il sort, non de l'urètre, mais de la couronne même du gland, qui est douloureuse et enflammée, une humeur lymphatique un peu visqueuse, purulente, assez abondante, quoique beaucoup moins que dans la gonorrhée ordinaire. Ainsi on aurait raison de nommer cette maladie *écoulement vénérien du gland.* »

Il fait ensuite remarquer que cette maladie a été observée par Sydenham et Vercelloni; qu'elle est susceptible de se développer chez les femmes, chez qui elle affecte la surface de la vulve; qu'elle est le résultat d'un coït impur; qu'enfin, si l'on néglige de la traiter, elle s'augmente en peu de temps, et que les *érosions superficielles* qui l'accompagnent *dégénèrent en chancres.* Il y a sans doute beaucoup d'erreurs dans ce dernier paragraphe; mais il y a cependant ceci de remarquable, que, tout en considérant les érosions balaniques comme vénériennes (c'est-à-dire syphilitiques), il ne les regarde cependant pas comme des chancres (ASTRUC, *Trait. des mal. vénér.*, t. III, p. 137 et suiv.).

On pourrait croire que Hunter, qui a tant et si profondément médité sur les plus hautes questions de médecine et sur la syphilis en particulier, a dû soumettre la gonorrhée bâtarde à un examen sérieux; il n'en est rien cependant. Voici tout ce que j'ai pu trouver dans son ouvrage touchant le sujet qui nous occupe :

« Dans les deux sexes, ce sont les parties de la génération qui sont le siége ordinaire de la gonorrhée. Chez l'homme, elle se manifeste dans le canal de l'urètre et quelquefois à la face interne du prépuce et à la surface du gland; chez la femme, elle occupe le vagin, l'urètre, les grandes lèvres, le clitoris ou les nymphes.

« La gonorrhée s'établit dans l'une ou

l'autre de ces parties suivant la manière dont elle à été contractée. Mais si l'on devait prendre en considération chez l'homme, la surface qui arrive au simple contact, on serait naturellement porté à admettre que c'est le gland ou l'orifice de l'urètre qui doit être la partie la première affectée ou même la seule affectée. Cependant, le plus souvent, il n'en est rien, car s'il est des cas où la maladie occupe le gland et ne s'étend pas au delà, je crois qu'il est rare qu'elle se développe à l'orifice de l'urètre sans se propager plus ou moins le long de ce canal. Je ne saurais décider jusqu'à quel point la gonorrhée peut occuper le prépuce seul; mais je crois que cela arrive quelquefois. J'ai vu, en effet, des cas où cette partie était le siége d'une inflammation qui tantôt s'accompagnait d'un écoulement urétral, tantôt se montrait complétement seule, et qui me paraissait de nature vénérienne. Quand la gonorrhée s'établit sur le gland ou sur les autres parties extérieurement situées, comme le prépuce, elle a ordinairement son siége à la racine du gland et à l'origine du prépuce, parce que c'est dans ces points que l'épiderme est le plus mince, et que le *poison* affecte le plus facilement le derme ; mais quelquefois elle envahit toute la surface du gland et même toute la face interne du prépuce : elle produit dans ces points de la cuisson et de la douleur au toucher, et la sécrétion d'un pus clair ; le plus souvent, elle ne s'accompagne d'aucune excoriation ou ulcération ; cependant je ne suis pas certain que les parties ne soient pas quelquefois excoriées sous cette influence, car j'ai vu un cas où l'épiderme s'était détaché dans presque toute l'étendue du gland. ..... Lorsque le gland ou le prépuce, ou tous les deux à la fois, sont le siége de l'inflammation vénérienne, celle-ci se limite souvent à ces parties, ne s'étend pas plus loin et ne provoque dans le canal de l'urètre ni écoulement de pus, ni sensation douloureuse. » (HUNTER, *Traité de la Syph.*, p. 205 et suiv. tr. RICHELOT.)

Si le peu d'importance que Hunter semble attacher à l'histoire de la balano-posthite et de la vulvite vénériennes a de quoi surprendre, on n'est pas moins surpris de voir cet illustre pathologiste admettre comme un fait quasi douteux et dont il n'aurait vu qu'un seul exemple, les érosions qui l'accompagnent le plus souvent, et qu'une foule d'auteurs avaient vues et signalées avant lui ; en songeant à la fréquence actuelle de ces érosions d'une part, au génie observateur de Hunter d'autre part, on est tenté de se demander si la syphilis aurait, depuis lui, presque radicalement changé d'aspect ; mais en consultant les auteurs antérieurs, on ne peut douter que le génie de Hunter ne soit ici complétement en défaut. Constatons cependant dans ce passage, peu digne de la plume qui l'a tracé, ces deux observations importantes, à savoir :

1° Que si l'on devait prendre en considération la surface qui arrive au simple contact, le gland devrait être le premier affecté ;

2° Que lorsque le gland et le prépuce sont le siége de l'inflammation, celle-ci ne s'étend pas plus loin.

Ces deux vérités nous serviront plus tard pour arriver à la pathogénie générale de la syphilis.

Bell, malgré sa stérile abondance sur une foule de particularités insignifiantes, n'a accordé que peu de lignes à la gonorrhée bâtarde, ainsi appelée, dit-il, à cause de sa ressemblance avec la gonorrhée ; il affirme que le virus qui la produit est distinct de celui du chancre, et dit, à propos des excoriations dont elle s'accompagne, qu'elles *diffèrent essentiellement des chancres, tant par leurs apparences que par leurs effets.* (*Traité de la gon. vén.*, p. 14, t. I.) Plus loin, il dit qu'elles ne sont JAMAIS suivies d'aucun effet constitutionnel, et qu'elles guérissent sans traitement mercuriel. On peut accorder à Bell la dernière de ces propositions ; quant à la première, on verra comment elle peut être jugée, même d'après les principes de ceux qui ont suivi ses errements. Ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est que Bell, en niant la possibilité de symptômes généraux, consécutifs aux excoriations balaniques et vulvaires, récrimine contre ceux qui disent en avoir observé, et leur reproche d'avoir puisé leurs connaissances dans les livres ! Le reproche est pour le moins plaisant, si l'on réfléchit que lui-même écrit quelques lignes plus loin : « J'ai au contraire *constamment* reconnu que *toute rougeur* et toute excoriation *bornée pendant quelque temps à une petite partie, sans s'étendre dans les environs*, produisait en général aussi certainement des symptômes de vérole que

le chancre même. » Il serait superflu, sans doute, d'insister sur d'aussi puériles distinctions. Nous aurons d'ailleurs occasion d'y revenir plus tard. Enfin il fait observer que la maladie guérit plus promptement quand on s'abstient de mercure que quand on en prend, assertion qu'il aurait été aussi embarrassé de prouver qu'il lui a été facile de l'émettre. Il faut constater toutefois, à travers toutes les erreurs dont son livre fourmille, cette observation, dont il n'a d'ailleurs su tirer aucune conséquence, que la balanite ne s'accompagne pas ordinairement de blennorrhagie urétrale.

Swiédiaur, dont la prétention a été principalement de donner à son livre une couleur pratique, n'était pas tenu à de grands développements sur la gonorrhée bâtarde; cependant il serait difficile, même au plus obscur praticien, de se contenter de son laconisme sur cette maladie, et l'on peut dire qu'ici comme ailleurs Swédiaur a bien mieux réussi à éviter les grandes questions qu'à résoudre les petites. Voici des preuves suffisantes de cette critique, qui pourrait paraître sévère, vu la réputation dont jouit notre auteur.

« Dans quelques cas, *quoique bien rares*, le virus ou la matière contagieuse ne pénètre pas dans l'urètre, mais appliquée au bout de la verge, se fixe à la couronne du gland, et en y irritant les conduits excrétoires des glandes sébacées, produit un écoulement qu'on a nommé gonorrhée du gland, et que j'appelle *blennorrhagia balani*, ou blennorrhagie du gland. » (*Traité complet des mal. vén.*, t. I, p. 24.)

« J'ai observé, dans le chapitre sur la blennorrhagie, que le virus syphilitique, logé derrière la couronne du gland, y produit quelquefois une inflammation avec un écoulement des glandes sébacées qui sont situées dans cette partie; que cet écoulement *était le plus souvent sans exulcérations.* » (*Id.*, p. 271.)

Si l'on enlevait de ces paragraphes le mérite qu'ils ont d'exprimer que la balanite est produite par le virus syphilitique, il serait difficile de dire quelles ont été les moins respectées, des règles de la grammaire ou de celles de l'observation ; tels sont cependant les seuls passages que Swédiaur consacre à la blennorrhagie bâtarde.

M. Lagneau, ordinairement assez complet au point de vue graphique, a été, au sujet de la blennorrhagie du gland et de la vulve, beaucoup au-dessous de ses habitudes. Il se borne, en effet, à constater que l'inflammation blennorrhagique peut affecter les parties extérieures, sans parler des érosions qui peuvent ou non la compliquer, sans dire un seul mot de son importance pathologique ; il ne se conforme même pas à l'exactitude en professant que la balanite ne s'observe presque *jamais* que chez les individus dont le gland est habituellement couvert, et que sa marche diffère peu de celle de la blennorrhagie ordinaire; il avance une opinion dont il est impossible de donner la preuve, en disant que cette maladie est suivie moins souvent que la blennorrhagie urétrale de symptômes constitutionnels. Il fait seulement remarquer, comme ses prédécesseurs, qu'on la voit ordinairement isolée, c'est-à-dire qu'elle n'est point accompagnée d'urétrite; mais il se borne comme eux à constater ce fait sans en tirer aucune conséquence. (*Traité des mal. syphil.*, t. I, p. 91.)

La question de la blennorrhagie bâtarde étant demeurée stérile entre les mains des syphilographes précédents, on ne pouvait guère s'attendre à la voir fécondée par la plume des auteurs physiologistes qui, dans toutes ces formes de la syphilis, ne voyaient que de l'inflammation, et abandonnaient la proie pour s'attacher à l'ombre. M. Jourdan, le plus distingué d'entre eux, a hérité de toutes les erreurs des auteurs que nous venons de citer, et en a même augmenté le nombre, sans profiter des vérités qu'ils avaient exprimées.

« La balanite, dit-il, a ordinairement un caractère aigu et ne dure que quelques jours, *quand elle n'est pas compliquée d'ulcérations.* C'est en général une maladie très-légère, et si insignifiante, que beaucoup d'hommes n'y font aucune attention. Cependant, lors même qu'elle n'est accompagnée ni d'écoulement, ni d'ulcérations, *elle peut provoquer le gonflement des testicules*, une légère tuméfaction des glandes de l'aine, ou même de véritables bubons inguinaux. Le phimosis et le paraphimosis en sont aussi quelquefois la conséquence. Assez souvent elle passe à l'état chronique. Cette affection est *exclusivement* propre aux sujets qui ont le gland constamment couvert par un prépuce long et étroit. On ne peut douter qu'elle ne survienne quelquefois à la suite du commerce avec les femmes, mais *ce n'est point là sa*

source la plus ordinaire. Elle reconnaît communément pour causes la malpropreté habituelle de la verge et le séjour prolongé du smegma..... Elle est plus commune chez les enfants que chez les adultes (1). »

« Quelle que soit l'origine de l'inflammation du gland, l'écoulement qui en résulte *présente toujours* les mêmes caractères. On a vu des balanites provoquées par l'administration de certaines substances à l'intérieur, ou par l'irritation habituelle du smegma, *se communiquer* pendant l'acte vénérien. »

Comme on le voit, il est impossible de rompre plus ouvertement avec les vérités les mieux établies, et de confondre plus à plaisir les choses les plus clairement distinctes. En cela, tous les physiologistes se ressemblent, et en avoir cité un, c'est les avoir cités tous ; heureusement que leur influence est depuis longtemps réduite au néant ou à peu près. Nous passerons donc à des auteurs d'une plus grande valeur. Cependant nous ferons préalablement quelques réflexions sur l'importance relative que chaque doctrine devait attacher à l'étude de la blennorrhagie bâtarde, et sur la gravité des reproches que chaque auteur mérite pour l'avoir négligée : on comprend que des pathologistes qui reconnaissaient pour cause essentielle de tous les symptômes vénériens un même virus spécial, et qui admettaient comme des résultats de ce virus unique des phénomènes aussi différents que la blennorrhagie et le chancre, ne devaient s'intéresser que peu à un symptôme intermédiaire dont la nature virulente ne pouvait plus être l'objet d'aucune difficulté. Je ne prétends certainement pas excuser leur silence, mais je veux seulement montrer qu'il était moins grave chez eux que chez leurs adversaires. Ceux-ci, en effet, fondant leur opinion sur les différences de la lésion locale, et admettant ou que la blennorrhagie et le chancre sont le résultat de deux virus distincts, ou qu'il n'existe qu'un seul virus propre au chancre seulement, n'ont pu, que par une inconcevable légèreté, laisser passer inaperçues les différences qui existent entre la balanite et l'urétrite blennorrhagique, ou s'ils les ont constatées, attribuer ces deux maladies à un même principe. Ou les différences locales un peu constantes doivent servir de base à la classification nosologique, et alors il faut appliquer cette classification, en se résignant à toutes ces conséquences (1), ou bien la distinction des maladies doit reposer sur des caractères plus radicaux, et alors il fallait pour le moins discuter la valeur relative des caractères différentiels du chancre et de la blennorrhagie bâtarde d'une part, de celle-ci et de la blennorrhagie franche d'autre part : c'est ce que n'ont pas fait les *pluralitaires* (2), soit que leur peu d'attention leur eût laissé ignorer les caractères propres de la gonorrhée bâtarde, soit que leur faible vue ne leur eût pas permis d'en apprécier l'importance. Hernandez cependant, le plus ingénieux peut-être des pluralitaires, semble avoir compris l'intérêt qui s'attachait au parallèle des deux variétés de blennorrhagie, et il l'a fait pour le plus grand profit de sa doctrine, mais au grand détriment de la vérité.

« *Voilà*, dit-il en parlant de la balanite, *une gonorrhée qui ne diffère de l'ordinaire que par le siége de l'inflammation ; produite comme elle, elle présente* LES MÊMES PHÉNOMÈNES ; » et plus loin : « *Tout est donc* PARFAITEMENT *semblable dans l'une et dans l'autre gonorrhée.* » (*Essai sur la non-identité, etc.*, p. 71.)

L'inoculation, fidèle au cercle vicieux qui lui sert de pierre fondamentale, a songé à un expédient qui ne s'était point offert à l'habileté de ses prédécesseurs : elle a enlevé à la gonorrhée bâtarde son individualité; elle a fait des chancres superficiels avec les érosions blennorrhagiques qui se sont inoculées, et n'a vu dans les autres qu'un épiphénomène blennorrhagique sans conséquence. Quant aux gonorrhées bâtardes qui s'inoculent, même en l'absence d'érosion, elle s'est contentée de les nier. Cette conduite a été fort habile, sans doute, pas assez néanmoins pour déguiser suffisam-

(1) On s'expliquerait difficilement, si l'on ne connaissait la confusion inévitable que la doctrine physiologique jette sur toutes les questions, pourquoi dans un traité des maladies vénériennes l'honorable physiologiste se préoccupe de la balanite des enfants évidemment plus rare que celle des adultes, quoi qu'en dise notre ingénieux physiologiste.

(1) C'est ce qu'a fait Carmichaël, et en cela il s'est montré beaucoup plus conséquent que ses complices les antiunitaires.

(2) On peut appeler ainsi, pour éviter les périphrases, ceux qui admettent la pluralité des causes de la syphilis, de même qu'on pourrait appeler *unitaires* ceux qui n'admettent qu'une cause unique.

ment le faux semblant de logique sous lequel elle cherche à s'abriter. Voyons plutôt :

« On sait aujourd'hui que la blennorrhagie est souvent accompagnée d'érosions ou de destructions plus ou moins étendues des muqueuses ; mais la forme ulcéreuse de la blennorrhagie, si je puis m'exprimer ainsi (1), ne la rend pas plus propre à l'inoculation que celle qui ne l'est point, ces ulcères blennorrhagiques étant *essentiellement distincts du chancre.* » (*Recherch. crit. et expér. sur l'inoculation*, p. 119.)

On verra plus tard en quoi consiste cette différence essentielle ; en attendant, voici en quoi la fait consister l'inoculation :

« Les excoriations, les ulcérations plus ou moins superficielles, sont très-communes dans la balanite dont il est ici question. Elles se présentent sous deux aspects bien différents et dont il faut tenir compte. Dans la balanite simple, ces ulcérations sont mal circonscrites, de forme irrégulière, ressemblant à une surface de vésicatoire à des termes différents de durée ; tandis que dans la balanite consécutive à une syphilide qui s'est développée sur le gland ou à la face interne du prépuce, ces ulcérations, qu'on observe en même temps que les éruptions cutanées secondaires, sont bien définies comme celles-ci, et présentent la forme arrondie (2). Dans la balanite simple, ulcéreuse ou non, comme dans celle qui accompagne les accidents secondaires de la syphilis, on ne peut rien produire par l'inoculation, ce qui distingue ces cas de ceux que complique une ulcération virulente primitive ou chancre, dont la matière est toujours inoculable. » (Hunter, *Traité de la syph.*, note de la p. 206, édit. Richelot.) Ainsi, pour l'inoculation, les érosions balaniques primitives eussent-elles toutes les analogies possibles sous le rapport de la cause, de la marche, de l'aspect, sont divisées en deux catégories, suivant que leur inoculation donne ou ne donne pas un résultat positif : dans un cas, elles passent dans la famille des chancres et peuvent être suivies des plus graves accidents ; dans l'autre, elles n'ont pas plus d'importance qu'une simple rubéfaction produite par un agent chimique ou physique. Quant aux analogies ou aux différences qu'elles peuvent avoir avec la vraie blennorrhagie, c'est ce dont l'inoculation n'a pas même songé à se préoccuper, pensant peut-être, même dans les deux maigres passages que nous venons de rapporter, avoir déjà trop fait pour l'histoire de la gonorrhée bâtarde. Il est juste cependant de dire que tous les disciples de l'inoculation ne se sont pas montrés également enthousiastes de sa manière de procéder, et que l'un d'eux s'est permis, à propos du sujet qui nous occupe, les réflexions suivantes :

« La syphilis, à la première période, se manifeste par des chancres dont les caractères sont bien connus (c'est le fait ordinaire), et quelquefois par des exulcérations superficielles plus ou moins régulières. Ces exulcérations s'observent non-seulement sur le prépuce ou le gland, pour constituer la balano-posthite, mais se rencontrent sur le col de l'utérus, les parois du vagin, et vraisemblablement dans l'urètre. On comprend dès lors combien il est facile de les confondre avec la balanite blennorrhagique, ou même avec la blennorrhagie exulcéreuse. En effet, cette dernière a pour caractère un écoulement muco-purulent qui peut s'accompagner d'exulcérations...

« Eh bien ! dans le cas où une balanite est ulcéreuse, comment déterminer si elle est ou n'est pas syphilitique ? Voilà le problème. Nous ne pouvons assurément pas établir la distinction comme l'a fait M. Ricord, car on nous reprocherait, avec raison, de prouver le même par le même, de faire, en un mot, une pétition de principe. En effet, M. Ricord, en affirmant que le chancre consiste tout entier dans le pus inoculable qu'il sécrète, et en regardant comme accessoires tous les autres caractères, se crée une difficulté immense. Le chancre est inoculable, c'est vrai ; mais voilà une exulcération qui n'a qu'une ressemblance très-éloignée avec le chancre, qui même ressemble beaucoup mieux à l'exulcération d'une blennorrhagie ; M. Ri-

(1) On ne voit guère pourquoi il ne serait pas permis de s'exprimer ainsi.

(2) Si le lecteur a la bonté de se rappeler l'interprétation que j'ai donnée, dans mon dernier article sur les bubons (n° de nov. 1844), de ce fait remarquable observé sur un étudiant très-distingué, il pourra voir, en la comparant au petit passage que je viens de citer, que cette interprétation n'est pas tout à fait aussi éloignée de la manière de voir de l'inoculation que pouvait se l'imaginer l'honorable auteur qui a pris l'observation sous sa garantie et sous sa responsabilité.

cord l'inocule, et il affirme que c'est un chancre. Mais comme il s'agit de déterminer ce qui est inoculable et ne l'est pas, si le chancre l'est seul, on ne peut pas supposer résolu ce qui est en question, et dire : c'est inoculable, donc c'est un chancre.

« En faisant cette objection à M. Ricord, M. de Castelnau a eu parfaitement raison. Que M. Ricord, en considération même de son opinion, que je crois vraie, me permette donc de m'écarter de sa démonstration, pour arriver du reste à la même conclusion ; car, quand bien même l'exulcération syphilitique primitive ne serait pas le chancre, il suffit qu'elle puisse le produire pour la distinguer fondamentalement de l'exulcération blennorrhagique, qui ne le peut pas (1). Sans doute, il est très à regretter qu'on ne puisse pas aujourd'hui tracer d'une manière nette et précise les caractères distinctifs de l'affection exulcéreuse syphilitique de celle qui n'est que blennorrhagique. Nous en convenons, les caractères de la lésion en elle-même, ceux qu'on pourrait tirer de sa marche propre, nous manquent en grande partie ; c'est une lacune à combler. Mais dès qu'il existe une difficulté de diagnostic entre ces deux affections, on n'a pas le droit d'en conclure à l'identité. D'autant mieux que, distinctes entre elles par la propriété inoculable de l'une, elles ont un caractère de distinction nosologique dans la marche ultérieure de la maladie dont elles dépendent. En effet, celle qui peut produire le chancre, peut produire le bubon chancreux, peut être suivie d'accidents consécutifs. Celle, au contraire, qui n'a pu produire le chancre à aucune époque de son évolution, n'a pas produit le bubon syphilitique, n'a pas été suivie d'accidents consécutifs ; c'est ce qui résulte des expériences de M. Ricord (2). En conséquence, la balanite ulcéreuse, la blennorrhagie même, si l'on veut, pourvu qu'elle soit ulcéreuse, inoculable, restera pour nous syphilitique et distincte de l'affection non-ulcéreuse, de la blennorrhagie, jusqu'à ce qu'on nous ait démontré que ce qui n'est pas inoculable présente la même évolution morbide que la syphilis.

« Nous avons vu que la blennorrhagie essentielle n'est que contagieuse sans être inoculable. La balanite qui existe sans exulcération n'a jamais pu être inoculée (1). D'autre part, il est parfaitement incontestable qu'il existe des balanites ulcéreuses qui sont inoculables, comme, du reste, il y en a qui ne le sont point. Voilà le fait. Que la balanite ulcéreuse inoculable soit ou non une affection distincte du chancre, peu importe ; comme la blennorrhagie avec ou sans exulcération n'est point inoculable, il s'ensuit que cette propriété inoculable forme déjà une distinction, et quelque difficulté que présente le diagnostic des exulcérations blennorrhagiques et syphilitiques, il n'en est pas moins vrai que les auteurs qui reprochent, avec raison, à M. Ricord, d'avoir établi la valeur de l'inoculation sur une pétition de principe, en supposant démontré ce qui est en question, raisonnent absolument de la même manière que lui dans l'établissement des preuves qu'ils fournissent contre son opinion.

« Ils supposent que des blennorrhagies, des balanites non inoculables, peuvent être syphilitiques, et c'est précisément ce qui est en question. Ont-ils présenté un seul fait qui établisse qu'une balanite qui, à aucun moment de sa durée, n'a été inoculable, ait produit les accidents consécutifs du chancre ? Non. Eh bien ! nous attendrons leur démonstration pour être de leur avis. » (HÉLOT, *thèse inaugur. sur la théorie de la syph.*, p. 36 et suiv.)

J'ai assez fait voir ailleurs l'erreur de M. Hélot touchant la théorie générale de la syphilis, pour que je puisse me dispenser d'y revenir ici ; je me bornerai donc à

(1) Cela suffit de la même manière qu'il suffirait de la réussite et de la non réussite de l'inoculation de deux vaccines, de deux varioles, de deux hydrophobies pour établir que ces deux vaccines, que ces deux varioles, que ces deux hydrophobies diffèrent fondamentalement l'une de l'autre. On voit que M. Hélot confond ici inoculation et contagion, et qu'il rentre dans le cercle vicieux après l'avoir signalé, plus fautif en cela que son maître, qui pouvait du moins s'y être enfermé sans s'en douter.

(2) C'est là une de ces vaines assertions que j'ai vingt fois relevées, et que les inoculateurs ne se lassent point de répéter, espérant surprendre quelques esprits. Il est *faux* que les inoculateurs aient jamais inoculé une balanite ulcéreuse ou un autre symptôme syphilitique quelconque à toutes les périodes ; par conséquent la conclusion de M. Hélot est radicalement illégitime ; quand aux antiinoculateurs, je ferai voir qu'ils n'ont nullement tenu le langage que M. Hélot veut bien avoir la bonté de leur prêter.

(1) Je me suis déjà expliqué sur cette inconcevable erreur ; j'aurai occasion d'y revenir dans le cours de ce mémoire.

faire remarquer dans le passage que je lui aï emprunté (et que je n'ai pas dû tronquer néanmoins, afin de mettre en évidence son opinion sur les faux raisonnements de son maître), ce qui se rapporte spécialement au sujet que je me propose ; or, sous ce rapport, M. Hélot accepte purement et simplement les opinions de l'inoculation sans modification aucune, et avec cette seule différence qu'il soutient ces opinions par de nouveaux arguments dont le poids, malheureusement ne l'emporte guère sur celui des arguments qu'il repousse. Au milieu de toutes ces nouvelles dissertations, l'histoire de la blennorrhagie bâtarde ne progresse pas d'un millimètre.

Le brillant, et quelquefois la hauteur des vues générales, plutôt que l'exactitude des détails et les applications pratiques, est ce qui caractérise le livre intéressant de M. Baumès sur les maladies vénériennes. On pouvait, par conséquent, s'attendre à trouver chez lui une compensation à la négligence ou à l'incurie de ses prédécesseurs touchant la blennorrhagie bâtarde. Malheureusement, il n'en est rien. Les généralités laissent complétement cette affection de côté, et le chapitre spécial qu'il lui a consacré n'est destiné qu'à une simple description qui, je dois bien le dire, n'a pas toujours le mérite de la fidélité. Je ne m'étendrai pas ici sur les différentes assertions que ce chapitre renferme, attendu que les principales seront examinées dans le courant de ce travail.

En résumé, on voit, par cette rapide esquisse historique, que depuis Astruc jusqu'à nos jours, la blennorrhagie bâtarde a simplement été considérée comme une blennorrhagie ordinaire différant, *seulement* par le siége, de la blennorrhagie commune, ou bien comme une affection hétérogène due tantôt à une simple irritation mécanique, tantôt au principe virulent spécifique de la syphilis, ces opinions ayant été émises, tant d'une part que de l'autre, avec cet abandon que l'on a l'habitude de mettre à toutes les choses peu susceptibes de nous intéresser. Dans le travail qui va suivre, j'essaierai de remplir quelques-unes des nombreuses lacunes que cette négligence des auteurs a laissées dans l'histoire de la blennorrhagie bâtarde, et s'il ne m'est pas permis de pouvoir donner à cette histoire toute la perfection désirable, il ne me sera pas difficile du moins de faire voir qu'on s'est universellement mépris sur le degré d'intérêt qu'il convient de lui accorder.

H. De Castelnau.

BIBLIOGRAPHIE.

LA SYPHILIS

AU DIX-NEUVIÈME SIÈCLE.

(Deuxième article.)

Les identistes. — M. LAGNEAU.

M. Lagneau avait soutenu dès l'année 1803 une thèse qui contenait tous les éléments de l'ouvrage qu'il publia depuis, en ajoutant successivement à ces données premières les matériaux que lui apportaient le temps et l'observation. Cet ouvrage rappelle, un peu par sa forme didactique, beaucoup par son succès, le traité célèbre d'Astruc. Ce succès, sans exemple de nos jours dans les annales de la syphilographie, est dû surtout à la solidité des vues que ce livre renferme : moins brillant que Hunter, son illustre devancier, M. Lagneau a le mérite d'avoir fait un ouvrage essentiellement pratique ; s'il n'impose pas par l'élévation de ses théories, il attache par le fini de ses descriptions; s'il ne domine pas, il instruit; en un mot, son livre est une bonne monographie de la syphilis au point de vue où l'auteur s'est placé. Et maintenant ce succès, que n'ont point épuisé quarante années d'une vogue soutenue, ne prouve-t-il pas combien sont rationnelles et solides les théories de l'identité, théories minées vainement par un antagonisme audacieux, et, il faut bien le dire, par la timidité même de leurs partisans? Nous allons voir, en effet, que M. Lagneau, tout en déve-

nant le type de l'école dont il était sorti, n'avait fait que donner plus de relief à la désertion qui entraînait les identistes loin de la voie tracée par Hunter, leur illustre maître.

M. Lagneau s'est peu occupé des questions qui touchent à l'origine de la syphilis, et sur ce point, il semble s'être inspiré de Cullerier, puisqu'il n'était pas éloigné de regarder cette maladie comme une dégénérescence de la lèpre, se fondant sur ce que l'on avait vu disparaître cette foule de léproseries qui couvraient l'Europe, du moment que les maladies vénériennes eurent pris de l'importance. Le fait est vrai; mais la conclusion n'est pas fondée. J'ai déjà eu occasion de dire bien des fois que, sous le nom de lèpre, on confondait au moyen âge toutes les affections un peu graves de la peau en général, et probablement toutes les éruptions syphilitiques en particulier. La lèpre proprement dite existe encore, elle n'a point disparu; seulement, elle a repris ses véritables caractères, et il faut ne voir dans le fait signalé par M. Lagneau que le résultat d'une étude devenue plus rationnelle de certains phénomènes dus au virus vénérien, et qui jusque-là avaient échappé à une juste appréciation. Si les léproseries ont disparu, ce n'est pas parce que la lèpre a dégénéré en vérole, ce qui d'ailleurs serait un non sens, mais parce que l'on a reporté à leur type vrai, c'est-à-dire à la syphilis, des lésions attribuées auparavant à une maladie qui n'existait pas en réalité. Quant à ce que M. Lagneau dit de l'identité de la radysige avec la syphilis, cela ne prouve rien de ce qu'il veut établir; au contraire, cela démontrerait que cette lèpre du Nord, sans être une affection nouvelle, n'est autre chose, et n'a jamais été autre chose, que la syphilis elle-même.

M. Lagneau a adopté les idées de Hunter, en admettant une syphilis locale et primitive, et une syphilis secondaire et constitutionnelle. On a singulièrement abusé de cette dernière dénomination; mais c'était là une conséquence forcée des opinions professées depuis plus de trois siècles. Discuter ici ce que je regarde comme une grave erreur, serait anticiper sur l'exposition de nos doctrines; cependant, je ne puis m'empêcher, dès à présent, de juger ainsi la division admise par M. Lagneau, par cette raison suprême, qu'à titre de maladie virulente, la syphilis est toujours une maladie constitutionnelle.

Héritier des théories de ses devanciers, M. Lagneau en avait admis toutes les conséquences, et pour lui dès lors la blennorrhagie et le chancre étaient en général deux symptômes locaux. Mais ce n'était pas assez d'avoir reproduit cette doctrine antique, notre auteur a sanctionné la concession faite par Cullerier aux idées modernes, en reconnaissant comme lui une foule de causes aux écoulements blennorrhagiques. J'ai déjà insisté sur ce point, mais ici il acquiert une nouvelle importance par l'autorité de l'écrivain, et surtout à raison du grand succès de son livre : qu'il me soit donc permis d'y revenir avec quelques détails.

Pour M. Lagneau, la blennorrhagie peut être provoquée par des causes externes ou internes non virulentes; ces causes simples, nous les connaissons : ce, sont le contact de matières ou de corps irritants, et l'usage excessif de la bière, du coït, l'équitation, etc. On peut concevoir facilement aussi comment on a été amené à faire une classe à part de ces causes et des accidents qui en résultent. Il est bien vrai que certaines influences parfaitement simples peuvent provoquer un écoulement chez un individu qui ne se sera pas exposé à un coït infectant... Disons toutefois qu'à part celle d'une irritation mécanique, rien n'est plus rare qu'un écoulement survenu à la suite d'une cause simple, à moins d'une condition particulière de l'individu, sur laquelle j'ai déjà appelé l'attention. J'ai déjà dit (1) que c'était faute de n'avoir pas assez bien observé, que l'on était devenu si facile à admettre des blennorrhagies simples; qu'il ne devait pas suffire d'apprécier une influence immédiate non virulente, qu'il fallait étudier les antécédents de ce fait, car une première blennorrhagie syphilitique, surtout mal traitée, peut laisser dans l'urètre une susceptibilité particulière telle, qu'il peut survenir un et même plusieurs écoulements nouveaux sous des influences simples, agissant alors comme causes occasionnelles; et, en effet, c'est à la condition seulement d'une blennorrhagie première, et de la disposition qui en résulte, que des écoulements peuvent avoir lieu sous l'influence de causes simples; enfin,

(1) *Traité des Syphilides*, introduction, p. 158.

à moins de causes physiques, une *première* blennorrhagie *simple* est un fait excessivement rare, sinon impossible. Je reproduis ici simplement cette opinion, l'abandonnant à l'examen des lecteurs, et en appelant à l'observation du praticien. Seulement, j'ajouterai que je ne fais que formuler plus nettement peut-être une opinion déjà exprimée, entre autres par Hunter.

En dehors de ces causes, M. Lagneau admettait des blennorrhagies dues à différents virus autres que le syphilitique. Cette opinion échappe aujourd'hui à la controverse. En effet, de quels virus entend-il parler? C'est sans doute de ces principes *dartreux*, *goutteux*, auxquels certains auteurs, comme Vigarous, ont fait jouer un si grand rôle; mais chacun est tout disposé, je crois, à n'accorder à cette classe de blennorrhagies qu'une valeur au moins très-problématique, surtout à présent, que, loin de chercher à saisir le rapport qui existerait entre le virus dartreux et un écoulement urétral, on ne songe plus guère même à admettre ce virus dartreux.

Je me hâte d'arriver à ces blennorrhagies, « qui paraissent occasionnées par un virus particulier, virus *sui generis*, ou, si l'on veut, virus blennorrhagique essentiel, dont l'action s'épuise entièrement sur le canal sans entraîner de suites fâcheuses pour la santé du malade. » Si l'on n'allait pas plus loin dans l'exposition des idées de l'auteur, on n'aurait évidemment que la reproductien exacte de la doctrine du double virus, et nous n'aurions pas eu besoin d'imaginer et de définir la secte des identistes. Il est impossible de mettre en doute la conviction de M. Lagneau, quand il écrivait ces lignes remarquables; et cependant il semble, en les lisant, que l'écrivain, faisant bon marché du praticien, ait voulu seulement concilier les prétentions des non-identistes avec les exigences de son propre système; qu'il faisait enfin, comme Cullerier son maître, une concession à la réforme, dont les progrès envahissants étaient parvenus à faire douter les meilleurs esprits eux-mêmes. Mais, si cela était vrai, sur quelles données s'étayait donc cette hypothèse d'un virus blennorrhagique essentiel? Autant qu'il est permis de saisir la pensée de l'auteur, ce virus aurait pour caractère spécifique de n'avoir qu'une action locale toujours parfaitement délimitée!... Mais si j'ai dû trouver la théorie de l'infection progressive en désaccord avec l'opinion que l'on doit se faire des maladies virulentes en général, que faudra-t-il penser de cette invention d'un virus, dont la propriété contagieuse et infectante ne s'exerce, sans pouvoir la dépasser jamais, que dans la longueur du canal? Quelle idée nous faisons-nous donc des virus, nous qui pensons qu'ils n'existent qu'à la condition de produire une affection générale, que tout symptôme qui traduit leur action est l'expression constante d'un état constitutionnel? Quelle analogie peut-on établir, je le demande, entre le poison urétral de M. Lagneau et ces principes mystérieux et puissants qui, constituant la classe des poisons morbides, président au développement de la morve, de la rage, de la variole, de la syphilis, etc.? Évidemment, il y a ici au moins une erreur de dénomination; et nous verrons plus tard qu'on l'a bien senti, puisqu'on devait supprimer le terme impropre de virus pour lui substituer celui de principe contagieux, beaucoup moins significatif, bien qu'aussi impropre au fond. En résumé, la blennorrhagie essentielle, telle que l'entendaient les identistes, est-elle due à un virus? Pour ma part, je n'hésite pas à dire que cela est impossible. Et qu'on ne croie pas que je soulève ici à plaisir une simple controverse de mots! non, car, d'une part, cette argumentation devra me servir à rendre à la syphilis ses véritables caractères, à juger mieux la question de l'identité; et, de l'autre, si l'on se rappelle l'origine de la théorie du virus blennorrhagique essentiel, on comprendra mieux que Cullerier et M. Lagneau n'aient fait que céder à l'entraînement d'idées spécieuses, quant à la forme, en sanctionnant de leur appui ce qui n'est au fond qu'un véritable non-sens.

En admettant que l'on fasse bon marché de ce mot virus, il restera toujours, dira-t-on, une blennorrhagie qui, bien qu'éminemment contagieuse, ne produit jamais qu'un écoulement non suivi de symptômes généraux. Si l'on réduit la question à ces termes, il faudra répéter ici ce que je disais naguère à propos de Cullerier : d'abord, qu'il est irrationnel de considérer comme non syphilitique une blennorrhagie qui ne déterminerait pas une infection générale apparente; qu'ensuite, M. Lagneau n'a, pas plus que son prédécesseur, établi les

données sur lesquelles il fondait une distinction si importante pourtant, ce qui amoindrit beaucoup la valeur de son opinion : ainsi, on ne dit pas pendant combien de temps on a étudié les effets possibles de la blennorrhagie, on ne fixe nullement les limites de cette innocuité *absolue* du virus blennorrhagique ; et si l'on objecte que des accidents secondaires ont pu n'être observés que trente et même quarante ans après un écoulement urétral, que la moyenne de l'intervalle qui s'écoule entre la blennorrhagie et les syphilides consécutives, par exemple, est de cinq ans et dix mois, que devient alors cette distinction purement hypothétique, purement nominale? Pour achever de faire ressortir combien est peu solide cette distinction, essayons d'appliquer ce système à certains faits très-possibles au point de vue pratique. Une blennorrhagie étant donnée, je suppose qu'elle existe chez une femme qui a cohabité pendant un certain temps avec un homme, avec plusieurs même, sans lui ou sans leur rien donner..... que l'on soit consulté par cette femme, on devra conclure des faits que la blennorrhagie constitue un écoulement simple : il arrive que tout à coup cette même femme communique à un de ses cohabitants une blennorrhagie bien caractérisée, mais qui, après un an, par exemple, n'a été suivie d'aucun phénomène d'*infection générale*..... que l'on soit consulté par cet homme, on devra lui dire qu'il a eu affaire à une femme affectée d'un écoulement essentiel : que cet homme se marie et devienne père d'enfants infectés de syphilis, ou qu'au bout de cinq ou six ans il soit atteint lui-même d'accidents secondaires très-évidents..... sa bonne foi étant bien établie, qu'il consulte de nouveau, en déclarant qu'il n'a eu d'autre antécédent que sa blennorrhagie, on devra en déduire qu'il a été bien et dûment atteint d'un écoulement syphilitique. Voilà à quelles contradictions mènerait l'application rigoureuse du système des identistes modernes! Et hâtons-nous de remarquer que je n'entasse pas ces hypothèses uniquement pour faire ressortir les vices de la classification que je repousse : on peut très-bien expliquer ces contradictions apparentes. L'observation a démontré, ainsi que je le disais tout à l'heure, qu'une blennorrhagie virulente ou syphilitique, ce qui est la même chose, peut, sous l'influence de conditions individuelles inappréciables, cesser d'être contagieuse pendant un certain temps, pour le redevenir de nouveau sous l'empire d'autres circonstances également inappréciables; l'observation a démontré aussi que les accidents consécutifs ou généraux peuvent ne se développer que longtemps après une blennorrhagie. Appliquons ces données à la solution des hypothèses que je viens de poser, et nous aurons le secret des écoulements simples, des écoulements essentiels et des écoulements syphilitiques.

Maintenant, et malgré cette différence, il ne faut pas moins tenir compte à M. Lagneau de ce qu'il a hautement reconnu, et, ce qui est mieux, démontré, que la blennorrhagie peut être due à l'action du virus syphilitique; pour moi, je n'hésite pas à dire que cette proposition exprimait mieux ses convictions véritables que les exceptions que l'auteur avait faites, par respect sans doute pour des théories plus spécieuses encore que puissantes. Appelé à ce propos à décider : 1° si le virus qui produit la blennorrhagie est le même que celui qui cause la vérole; 2° si cette dernière maladie peut être la suite de la blennorrhagie, M. Lagneau n'hésite pas à se prononcer pour l'affirmative, c'est-à-dire pour l'identité. Il s'est fondé sur l'autorité de Hunter, mais surtout sur des faits empruntés, soit à la pratique du célèbre Cullerier, soit à la sienne propre. L'histoire de la syphilis est pleine de faits de ce genre, et, pour ma part, j'ai pu en observer un certain nombre qui ne permettent pas le doute, malgré toute la dialectique des non-identistes. M. Lagneau a donc rendu un grand service à la science, en maintenant cette vérité pratique dans un livre qui se trouve aujourd'hui dans toutes les mains, et qui peut être considéré comme la source où la plupart des médecins viennent puiser les éléments de leurs études sur la syphilis. Il faut le louer hautement de ce qu'on peut regarder comme un acte de courage, à une époque où l'esprit d'imitation a entraîné les meilleurs esprits à la suite d'idées sans consistance et, il faut l'espérer, sans avenir.

Après avoir admis un grand nombre de blennorrhagies différentes, M. Lagneau s'est trouvé très-embarrassé pour en établir le diagnostic différentiel. Ses adver-

saires se sont fait une arme de ce qu'il a avoué franchement une difficulté insurmontable dans la plupart des cas; cet embarras est pour moi la conséquence naturelle du système mixte qu'il avait cru devoir adopter; et on le comprendra facilement, si l'on se rappelle comment j'ai cru devoir expliquer les prétendues différences de causalité que l'on a appliquées à la blennorrhagie. Il n'en est plus de même quand il s'agit du pronostic. Éclairé par l'expérience, M. Lagneau n'a pas craint de combattre le préjugé qui attribuait aux écoulements en général une bénignité absolue; je ne puis mieux faire que de citer ses paroles : « On n'accorde généralement pas assez d'attention à la blennorrhagie. Les accidents fâcheux dont elle est suivie chaque jour devraient cependant bien dessiller les yeux des médecins, amis de la vérité et de leurs semblables, et leur faire abandonner tout esprit de système dans le traitement de cette maladie, qu'il est beaucoup plus difficile de guérir qu'on ne le pense communément... » Il n'est question, bien entendu, que de la blennorrhagie syphilitique; mais ces paroles n'en ont pas moins de poids, aujourd'hui que tout écoulement est regardé comme un fait sans valeur et sans conséquence.

Si l'on est bien convaincu une fois que la partie descriptive ou graphique du livre de M. Lagneau est un modèle de clarté et de précision, il me suffira de dire ici qu'il a étudié avec autant de bonheur que de soin les différentes phases de la blennorrhagie, et surtout les accidents, soit locaux, soit généraux, qu'elle entraîne à sa suite. On retrouve le même travail consciencieux dans l'histoire du gonflement de la prostate, des tumeurs de l'urètre et du testicule vénérien, que l'auteur attribue constamment à toutes les causes de suppression de la gonorrhée; de l'ophthalmie, de la surdité et de l'arthrocèle, qu'il appelle de vraies métastases de la phlegmasie de l'urètre. S'il faut mêler une part de critique à la louange, elle ne portera jamais que sur la théorie : on pourra objecter que l'orchite est loin d'avoir constamment la cause que lui attribue l'auteur, qu'il n'a pas suffisamment expliqué ce qu'il entend par les métastases blennorrhagiques; on pourra objecter aussi que l'histoire de la blennorrhée, ou suintement habituel, n'est pas rendue plus précise, parce que l'auteur a dit qu'elle est entretenue par un reste d'exaltation des propriétés de vie dans la muqueuse de l'urètre; mais, je le répète, il n'en est pas moins vrai que cette partie de l'ouvrage est partout empreinte de ce cachet de netteté, d'observation rigoureuse, qui l'ont rendu classique. N'oublions pas de dire aussi qu'en parlant de la blennorrhagie chez la femme, M. Lagneau a très-bien signalé cette virulence relative, qui fait que tel écoulement non contagieux aujourd'hui peut le devenir demain... Mais demandons-nous aussi comment l'appréciation d'une telle donnée pratique n'a pas conduit un esprit aussi judicieux que celui de l'auteur à de meilleures doctrines sur la blennorrhagie en général.

Quant au traitement, il doit être basé d'abord sur l'emploi des antiphlogistiques, et plus tard sur l'administration du mercure pour empêcher l'infection constitutionnelle; M. Lagneau conseille cette précaution même pour les blennorrhagies prises dès le principe; cette réserve, si sage d'ailleurs, est-elle bien en harmonie avec l'opinion qui fait de tout écoulement un symptôme essentiellement local? M. Lagneau en doutait-il pour la blennorrhagie, comme nous allons le voir douter pour le chancre? Je ne veux rien juger, car j'aurais mauvaise grâce à arguer de contradiction en présence d'un mode de traitement que je dois regarder comme très-rationnel; j'aime mieux m'en rapporter à la sagacité du lecteur.

Comme Cullerier son modèle, M. Lagneau était bien plus à son aise en parlant du chancre : sûr alors des résultats de sa pratique, il a pu insister avec détail sur le tableau des ulcérations vénériennes; ce tableau est un modèle de description. L'auteur a parfaitement signalé les caractères communs à toutes les variétés du chancre, et les divers signes qui peuvent différencier ces variétés entre elles. Les praticiens trouvent dans ces peintures un guide précieux; mais on y trouve aussi des aperçus théoriques de la plus grande portée. Ainsi, M. Lagneau, après avoir établi ce qu'il faut entendre par chancres, après avoir tout dit sur leur nature et leur développement, écrit ces lignes remarquables (page 168) : « Je pense qu'il est dangereux de considérer les chancres primitifs comme une maladie purement locale,

même à l'instant où ils commencent à paraître, et qu'on doit bien se garder de croire le malade exempt de toutes suites fâcheuses, lorsqu'on les a cautérisés à cette époque, *ainsi que les empiriques le pratiquent journellement*. En effet, si l'on observe avec exactitude les progrès et le développement des différents virus dans l'économie, on verra qu'il y a toujours, entre l'instant de leur application et celui où ils annoncent leur présence par les symptômes qui leur sont propres, un temps d'incubation plus ou moins long, suivant la nature spécifique de la matière contagieuse, et que lorsqu'il se manifeste un travail local dans l'endroit où elle a pénétré, les lymphatiques l'ont déjà mêlée à nos humeurs... » Ces quelques phrases contiennent tout un monde d'idées, toute une doctrine, qui échappa à la sagacité de nos devanciers, et qu'ont à peine effleurée les syphilographes modernes. J'avais raison de dire que le secret de la syphilis, de sa nature et de son développement, était renfermé dans cette période d'incubation à laquelle on n'a pas su ou pas voulu attacher toute l'importance qu'elle mérite. Oui, les maladies virulentes ou les virus n'existent qu'à la condition de produire nécessairement et avant tout une modification générale!... Mais quelle lumière soudaine a donc frappé M.. Lagneau, pour qu'il se soit préoccupé ainsi d'une vérité qui renversait de fond en comble sa théorie de la syphilis locale? L'auteur qui, repoussant la cautérisation, disait « qu'elle ne préserve pas de l'infection générale, qui existait déjà avant la formation de l'ulcère... » est-il donc le même qui écrivait tout à l'heure, pour expliquer comment les chancres doivent entraîner l'infection générale : « La suppuration subtile et plus ou moins âcre qu'ils fournissent, laquelle peut, étant immédiatement appliquée, communiquer la vérole à un autre individu, ne doit-elle pas exercer ses propriétés contagieuses sur le malade lui-même?... etc. » Malgré ces contradictions, ce que dit M. Lagneau du virus en général doit constituer une proposititon absolue, qui ne peut pas se plier aux exigences de tel ou tel système : ainsi le chancre et la blennorrhagie, quand ils procèdent du virus syphilitique, sont toujours l'expression spécifique locale d'une infection constitutionnelle; ainsi encore, et en nous plaçant au point de vue de M. Lagneau, le principe blennorrhagique essentiel étant un virus, ayant sa période d'incubation, ne peut pas avoir une action restreinte au canal de l'urètre, dans lequel elle s'épuiserait complétement et fatalement. Il est bien entendu que je tiens très-peu à cet argument, et que si je signale ici une contradiction nouvelle, c'est pour établir de nouveau que M. Lagneau ne s'est pas fait une idée nette de la nature des poisons morbides, et de leur mode d'action ; autrement il aurait supprimé la blennorrhagie essentielle, et il aurait rejeté la vieille division de la syphilis, en non confirmée et confirmée. Si maintenant on se demande comment il se fait qu'ayant posé des principes aussi précieux, M. Lagneau n'ait pas songé à en tirer toutes les déductions qu'ils comportaient, c'est qu'avant tout, il est essentiellement préoccupé de la pratique et qu'il n'est véritablement théoricien qu'accidentellement : je me hâte de m'expliquer. M. Lagneau a pris dans les doctrines qu'il trouvait toutes faites, ce qui allait le mieux à ses convictions *a priori*, sans attacher peut-être aucune importance aux démentis qu'il pouvait donner lui-même à ses propositions fondamentales : ainsi, il a fait de la syphilis une maladie double ou plutôt deux maladies, l'une locale, l'autre constitutionnelle, seulement parce que cette théorie avait l'autorité de noms illustres. La conséquence de cette théorie est que le chancre, par exemple, doit être considéré, au moins dans la pluralité des cas, comme un symptôme purement local, que le meilleur moyen thérapeutique à lui opposer est celui qui peut le faire disparaître le plus facilement et le plus promptement; que dès lors la cautérisation est un remède héroïque pour le chancre au début : on sait que cette pratique est aujourd'hui largement professée et non moins largement suivie; mais M. Lagneau, éclairé par l'expérience, a rejeté ce mode de traitement, qu'il ne craint pas d'appeler empirique, et renversant d'un seul coup les *points de doctrine générale* qu'il avait posés d'abord, il s'est basé sur cette proposition : *que cette* méthode ne préserve pas de l'infection générale qui existait déjà avant la formation de l'ulcère. Il y a dans cette proposition toute une théorie nouvelle, mais au lieu d'en faire la base d'un système syphilographique, M. Lagneau l'a appliqué excep-

tionnellement à la cautérisation ; il en a fait un argument pour rejeter un moyen qu'il regardait comme illogique et dangereux ; il n'a pas osé peut-être aller plus loin ; et, réduisant un principe si fécond aux proportions mesquines d'un fait isolé, il a perdu l'occasion de parfaire la définition que Hunter nous avait donnée de la syphilis. J'avais donc raison de dire que M. Lagneau n'était théoricien qu'accidentellement ; mais il ne faut pas lui savoir moins de gré pour avoir proclamé hautement une vérité jusqu'à présent ou méconnue, ou mal définie, vérité qui pour être renfermée dans les limites qu'il lui assignait, n'en avait pas moins une portée immense, puisqu'elle détruisait un préjugé dangereux, qui tend aujourd'hui à régner en maître dans la syphilographie. Ainsi quand M. Lagneau conseille le traitement mercuriel pour toutes les formes du chancre avec toutes les indications particulières que réclame l'état d'inflammation plus ou moins prononcé, il me semble avoir posé des règles très-sages, que les praticiens ne peuvent consulter qu'avec beaucoup de fruit.

A la syphilis primitive appartiennent encore les pustules humides et le bubon, qui pouvait succéder au chancre aussi bien qu'à la blennorrhagie, mais qui pouvait aussi se présenter d'emblée, circonstance que M. Lagneau admettait complétement. L'auteur ne s'est pas occupé des questions de pathogénie, qui se rattachent au bubon ; il s'est occupé plutôt et, il faut le dire, avec un grand bonheur, de la description et des moyens de diagnostic de ce symptôme dont l'histoire est encore pleine d'obscurités. Il en a admis deux espèces principales, qu'il suffit de nommer pour les faire comprendre : c'est le bubon *inflammatoire* et le bubon *indolent*. Cette division est en rapport pratique avec les idées de M. Lagneau sur le traitement des affections vénériennes, c'est-à-dire, avec la combinaison des moyens antiphlogistiques locaux, et des remèdes qui agissent sur tout le système. M. Lagneau avait admis aussi des bubons constitutionnels, c'est-à-dire, développés sous l'influence de l'infection générale ; ce qui est en harmonie avec cette erreur fondamentale que j'ai déjà plusieurs fois signalée.

Nous voici arrivés à cette période de l'infection vénérienne que M. Lagneau a caractérisée du nom de syphilis confirmée ou constitutionnelle, s'en rapportant à l'autorité de Jean de Vigo (1) pour la première de ces dénominations, et pour la seconde à celle de John Hunter. Elles sont l'une et l'autre, je l'ai dit déjà, également illogiques, également insignifiantes.

Avant d'entrer dans la description des nombreux symptômes qui caractérisent cette infection, M. Lagneau a cru devoir combattre les arguments sur lesquels certains auteurs avaient essayé d'établir la négation du virus syphilitique. Nous devons retrouver bientôt et ces arguments et l'occasion de les réfuter ; aussi ne parlerai-je de cette partie de l'ouvrage de M. Lagneau que pour féliciter cet écrivain de la vigueur avec laquelle il a repoussé des utopies d'ailleurs à peu près complétement oubliées aujourd'hui. Après une discussion approfondie sur ce point, M. Lagneau a résumé dans une série de propositions fondamentales sa doctrine sur le virus.

1° Le *virus* syphilitique est une *matière* éminemment contagieuse, dont la nature intime est inconnue, comme celle de tous les autres virus, mais dont on apprécie suffisamment l'influence délétère sur l'économie animale, par les seuls effets qu'il occasionne.

2° Il se transmet par voie de l'absorption lymphatique ou veineuse d'un sujet malade à un autre qui est sain, pourvu qu'il soit mis en contact avec des parties accidentellement excoriées, ou avec celles qui, comme les membranes muqueuses, sont naturellement dépourvues d'épiderme sec.

3° Il développe ordinairement, et sur les parties où il est appliqué, une irritation spécifique plus ou moins vive, qui est en général disposée à prendre les caractères du désordre local d'où provient la matière virulente qui l'a fait naître par son contact, ce qui constitue l'espèce d'altération morbide désignée sous le nom de symptômes primitifs ou d'invasion.

Néanmoins, dans quelques circonstances fort rares, le point de surface du corps par lequel le principe contagieux est introduit dans la circulation, lui livre passage sans qu'il s'y manifeste le moindre signe d'excitation locale.

4° Sa *présence* dans les fluides vivants donne tôt ou tard naissance à des désor-

(1) Practica copiosa in arte chirurgica.

dres secondaires, qui se montrent sur des parties plus ou moins éloignées du siége des accidents primitifs, et forment par leur ensemble la série des phénomènes consécutifs de la syphilis, c'est-à-dire la vérole confirmée, ou constitutionnelle, maladie d'autant plus grave et plus opiniâtre qu'elle s'est manifestée plus longtemps après la disparition de ces symptômes primitifs ou d'invasion.

5° Une *faible quantité* de ce virus peut altérer tous les fluides de l'économie et donner lieu, après être restée inaperçue pendant des mois et même un grand nombre d'années, aux phénomènes patents et caractéristiques de l'infection générale.

6° La syphilis constitutionnelle peut se transmettre héréditairement.

7° La nature triomphe rarement de cette maladie sans le secours de la médecine, et dans ces cas-là même, il faut encore souvent attribuer cet heureux événement à la modification imprimée à tout l'organisme par quelques maladies accidentelles graves, par l'influence d'un changement de climat (et c'est constamment d'un pays où la température est froide à des pays très-chauds), par des fatigues corporelles excessives, ou par quelques autres causes dont l'action est ordinairement fort difficile à apprécier.

8° Le mercure doit être regardé comme le seul remède qui jouisse d'une efficacité à peu près constante pour la destruction, l'expulsion ou la neutralisation du contagium syphilitique, ainsi que pour la guérison des phénomènes locaux que sa présence dans l'économie fait naître; mais il résulte de faits qu'on ne peut révoquer en doute, qu'on a obtenu ce résultat, il est vrai, dans des circonstances toutes particulières, par le seul usage des sudorifiques exotiques.

J'ai déjà dit que la plupart des syphilographes avaient confondu le virus avec la matière virulente; j'en trouve une nouvelle preuve dans la définition que donne M. Lagneau, et que contient son premier corollaire. Je dois donc répéter ici que je regarde cette définition comme inexacte, comme ne donnant nullement l'idée vraie de ce qu'il faut entendre par virus. Ce mot s'applique à un principe insaisissable, contenu dans une matière qui lui sert de véhicule; cette matière est un liquide virulent, mais n'est pas le virus : il est aussi illogique de dire que le poison syphilitique est le pus que sécrète un chancre, par exemple, qu'il le serait de soutenir que le virus rabique est la bave qui couvre la gueule d'un chien enragé. Et qu'on ne voie pas dans cette argumentation une vaine chicane de mots; la distinction que je pose ici a une très-grande importance, et il est facile de s'en convaincre en examinant les conséquences contradictoires qui résultent de l'un et de l'autre système. Si le virus est un principe ou quelque chose d'inappréciable comme le génie de la peste, alors il échappe nécessairement aux lois de la localisation, aux règles de l'absorption progressive; déposé avec la matière virulente, il est essentiellement, et par sa nature, affranchi du joug de l'évolution locale; et se dégageant de son véhicule, il envahit immédiatement l'économie par ces voies mystérieuses que la nature a ouvertes à tous les poisons morbides : il y a donc tout d'abord maladie générale, maladie constitutionnelle. Si au contraire le virus est une matière quelconque, si c'est *le pus* même du chancre, si c'est la sécrétion blennorrhagique, alors il est tout simple de penser que cette matière agit d'abord sur l'organe contaminé, qu'elle est absorbée peu à peu, lentement, d'une manière indéfinie; et ainsi on arrive à cette conséquence physiquement rigoureuse, que tout symptôme primitif est une affection purement locale, par cette raison (corollaire 3) que la matière développe sur les parties où elle est appliquée une irritation spécifique... Mais comment se développe cette irritation? d'où lui vient sa spécificité? C'est ce que l'on ne dit pas, parce que, avec le système de la localisation cela est impossible; c'est ce que l'on comprend tout naturellement, au contraire, en se mettant à notre point de vue : là l'étude de l'incubation nous livre le secret des phénomènes que l'on appelle d'invasion, et la théorie de l'infection générale d'emblée nous explique la spécificité d'un symptôme en apparence local.

Pour être parti d'un principe vicieux dans sa définition de la syphilis, M. Lagneau a été obligé de se contredire en exposant les déductions de son excellente pratique; nous allons le voir se contredire de nouveau, pour être parti d'un point erroné dans sa définition du virus. Dans le second paragraphe (corollaire 3), il admet l'infection générale sans le moindre

signe d'excitation locale. Cela est vrai au point de vue de la physiologie; mais cela est-il possible au point de vue de sa définition? Si le virus et la matière virulente ne font qu'un, le premier peut-il jamais être absorbé assez rapidement pour ne pas déterminer un symptôme d'invasion quelconque? J'insiste sur cette contradiction, non pas que j'y tienne pour mon compte, mais parce qu'elle a servi d'argument à ceux qui ont nié le virus, comme elle sert aujourd'hui à ceux qui soutiennent avant tout la localisation. Plus loin (corollaire 4), M. Lagneau attribue la syphilis constitutionnelle à la présence du virus dans les fluides vivants; comment faut-il entendre cette présence? c'est ce qui n'est que très-imparfaitement expliqué; cependant il est permis de retrouver dans cette proposition toute la vieille doctrine de la latence du virus, de son existence individuelle et indépendante dans l'économie. Il ne faut pas faire un crime à l'auteur d'avoir cru devoir reproduire les opinions de l'illustre Hunter, mais je dois dire ici que, d'une part, cette théorie me semble incompatible avec les idées qu'il faut se faire de la nature du virus, et que de l'autre, elle ne donne même pas raison de ce que l'on appelle improprement la syphilis constitutionnelle. Nous n'en sommes plus aujourd'hui à voir le virus charrié par le torrent circulatoire, et se jetant tantôt sur un organe, tantôt sur un autre, selon ses caprices ou ses appétits... Le virus n'étant jamais un corps ne peut faire acte de présence que par la modification qu'il apporte dans l'économie tout entière; il n'altère pas tel ou tel fluide, ou tous les fluides, il produit une constitution nouvelle, anormale, sous l'empire de laquelle se développent les phénomènes caractéristiques de la syphilis. J'ai cru d'autant plus devoir insister sur ce point que M. Lagneau tient évidemment beaucoup à sa proposition. En effet, on la retrouve dans le corollaire 5, où il est dit qu'une faible quantité de ce virus peut,... après être restée inaperçue,... etc. Et d'abord cette phrase ne peut s'appliquer évidemment qu'à un *corps*, qu'à une matière saisissable, susceptible d'être partagée en quantités plus ou moins grandes, susceptible aussi de se cacher dans quelques coins secrets, où elle échappe à l'œil de l'observateur pendant des annéee entières : M. Lagneau est, comme on le voit, très-conséquent à sa doctrine; mais comment se fait-il qu'un esprit aussi élevé n'ait pas senti tout ce qu'il y avait d'étrange à parler ici de quantités en plus ou en moins d'un virus? A-t-il voulu dire tout simplement qu'une parcelle de matière virulente passant facilement à travers les obstacles de l'absorption suffisait pour déterminer l'infection générale, ou a-t-il pensé que cette précaution était utile pour expliquer l'état de latence souvent si long, qui suit l'altération des fluides? Dans le premier cas, c'était au moins une affirmation inutile, même à son point de vue; dans le second, et en admettant que l'on eût ainsi l'explication de la latence, c'était, ce me semble, ajouter une hypothèse à une autre, cela sans rien résoudre : et c'est en outre le cas où l'on aura le droit de demander sous quelle forme le virus restait ainsi inaperçu, et comment, conservant sa propriété infectante, il pouvait ainsi demeurer oisif et sans effet pendant un temps souvent fort long.

Subissant les unes après les autres toutes les conséquences de son système, M. Lagneau a admis avec ses devanciers et ses contemporains la théorie de l'infection successive : il a reconnu que la maladie vénérienne abandonnée à elle-même pouvait affecter tour à tour les différents systèmes de l'économie : ainsi les vaisseaux absorbants, puis les muqueuses, puis l'organe cutané, puis le système osseux et les organes fibreux : de là toute la nomenclature des symptômes qui constituent ce que l'on appelle la syphilis constitutionnelle. Nous connaissons de longue main cette théorie à la fois si vieille et toute jeune sur laquelle j'ai déjà pu souvent formuler mon opinion: nous savons qu'elle n'a été imaginée que pour donner la raison de l'apparence d'ordre qu'affecterait le développement secondaire de la syphilis. Parfaitement d'accord avec l'idée d'un virus matériel, elle est incompatible avec l'opinion que j'ai émise sur la nature et le mode d'action de ce virus. Est-il possible d'expliquer comment a lieu cette agression successive et régulière du virus; comment il s'y prend pour affecter tantôt un organe, tantôt un autre, plutôt celui-ci que celui-là? Cette pensée me vient parce qu'à différentes époques on a essayé de trouver le secret de l'infection progressive et des effets successifs du virus : l'explication la plus simple

quel'on en ait donnée est très-certainement celle des chémiâtres, qui armaient les acides vénériens de petites pointes avec lesquelles ils attaquaient les différents tissus. Depuis on a imaginé la phlogose indéfinie, l'assimilation, l'irritation, que sais-je! mais il faut bien reconnaître que ces diverses théories étaient loin de trancher la difficulté. La solution de ce problème était peut-être tout entière dans la division admise par Hunter (1); mais M. Lagneau n'a pas cru devoir s'en servir pour la perfectionner; à tout prendre, il a peut-être mieux fait, puisqu'il admettait un système qui ne lui appartenait pas, de le poser sans lui chercher une explication au moins hypothétique

J'aime mieux dire que quel que soit le point de départ de notre auteur, il a laissé de la syphilis secondaire une suite de tableaux où brille dans tout son éclat le mérite de description qui le distingue surtout. C'est ici le lieu de dire que l'analyse est insuffisante, et qu'il faudrait tout citer. Rien n'est plus complet que la petite histoire qu'a faite M. Lagneau des ulcères vénériens consécutifs, comme rien n'est plus pratique que le tableau comparatif dans lequel il a resserré, pour lui donner plus de précision et de sûreté, le diagnostic des ulcérations qui peuvent affecter la bouche : il a décrit ensuite avec le plus grand développement l'ozène, les ulcérations secondaires des parties génitales et de la peau. Quant aux maladies cutanées vénériennes, M. Lagneau en a admis deux grandes classes, les pustules et les dartres. Il semble que par les premières l'auteur entendait surtout des affections tuberculeuses, du moins si l'on s'en rapporte à sa définition : en effet, les pustules sont, selon lui, des *saillies* plus ou moins volumineuses qui se développent sur les téguments... Quoi qu'il en soit, il avait admis la classification de Cullerier, et je ne répéterai pas ici ce que j'en ai dit à propos de l'illustre spécialiste, seulement je vais me hâter de reconnaître que M. Lagneau a signalé parfaitement la couleur cuivrée, qui est particulière à ces formes, et qui les sépare des autres éruptions cutanées; je dirai aussi que cette partie de l'ouvrage offre une bonne description de l'ecthyma syphilitique, et une très-bonne de la syphilide serpigineuse, bien que l'auteur ait cru devoir attribuer la reptation à un vice herpétique.

Sans m'arrêter sur ce que laisse à désirer la partie de l'ouvrage qui traite des dartres vénériennes, je signalerai les tableaux qui nous présentent l'histoire des exostoses, des caries, des douleurs ostéocopes, des nodus, de l'alopécie, etc.; je rappellerai que, le premier, M. Lagneau a recherché avec le plus grand soin toutes les circonstances qui peuvent influer sur le plus ou moins d'intensité d'action de la syphilis : ainsi il a étudié les influences de sexe, d'âge, de tempérament, et il reconnaît que moins forte chez les sujets sanguins, la syphilis devient de plus en plus intense et tenace, selon que les individus sont ou bilieux, ou maladifs, mais surtout scrofuleux, dartreux ou scorbutiques. Il a étudié enfin l'influence des climats, des professions, etc.

Si la partie descriptive de l'ouvrage de M. Lagneau a été traitée avec un soin tout particulier, il faut en dire autant de la partie consacrée à la thérapeutique. L'auteur s'est occupé surtout du traitement général avec des développements pleins d'un grand intérêt pratique. Sous ce rapport, son livre ne laisse rien à désirer, et c'est à ce mérite si rare qu'il doit en grande partie la réputation dont il jouit. Il faut reconnaître aussi que bien que M. Lagneau ait des opinions arrêtées sur cette matière, il ne se fait pas remarquer par des idées tranchantes, trop exclusives : sûr de lui-même, convaincu par les résultats de l'étude et de la pratique, il n'impose pas violemment ses doctrines; il les expose avec une consciencieuse réserve, mais avec une telle précision et une telle clarté qu'il fait bientôt partager au lecteur les convictions dont il est animé. Ainsi, partisan du mercure, qu'il réhabilitait contre les attaques de l'école physiologique, il s'est bien gardé d'imiter l'emportement et l'exagération de ses adversaires, et quel que fût son droit dans cette lutte, il ne s'est pas même laissé entraîner à dire trop de bien du mercure, dont on avait cependant dit tant de mal.

Après un historique rapide du mercure, l'auteur a passé en revue les différents modes d'administration qu'avait subis cet agent : il s'est occupé surtout d'établir un parallèle entre la méthode externe et l'emploi à l'intérieur. A la première se rattache toute l'histoire des frictions, dont

(1) Infection. — Disposition. — Action.

M. Lagneau a exposé toutes les phases diverses, depuis Thiery de Hery jusqu'à nous, exposant la méthode du docteur Toreilhe, qui recommandait les frictions sur la surface du gland et à l'intérieur du prépuce; celle du docteur Pihorel, qui les voulait faire sur le dessus des pieds, la paume des mains, etc.; du docteur Scatigna, qui faisait placer le mercure sous le creux de l'aisselle; celle de Clare, qui frictionnait les gencives et la muqueuse labiale. M. Lagneau s'est aussi occupé de fumigations mercurielles, qui se rattachent au traitement externe; il veut qu'on les conserve comme un topique excellent dans certains cas de symptômes consécutifs extérieurs.

Arrivant au traitement mercuriel interne, M. Lagneau, passant rapidement sur les premiers essais de cette méthode, s'est appesanti surtout sur l'histoire du sublimé que Cullerier oncle eut la gloire d'introduire d'une manière doctrinale dans la thérapeutique dès affections vénériennes, en répandant chez nous l'usage de la liqueur de Van-Swiéten, attaquée et décriée avec tant d'acharnement; M. Lagneau a posé avec un grand soin les règles qui doivent présider à l'administration de ce moyen; et il s'est occupé ensuite du deuto-chlorure de mercure comme étant la base du sirop de Larrey, et des pilules d'Hofman; puis, établissant un parallèle entre les frictions et l'usage du sublimé, il s'est hautement prononcé pour celui-ci, sans toutefois le regarder comme une panacée, comme un spécifique infaillible. Mais s'il préférait le sublimé à la méthode externe, il le préférait aussi aux autres modes d'administration du mercure à l'intérieur. A ce propos il a passé en revue toutes les méthodes, parlant tour à tour du mercure doux, qu'il regardait comme incertain, du cyanure introduit depuis peu dans la thérapeutique et que notre auteur ne regardait pas comme assez éprouvé; des iodures expérimentés par Biett et dont M. Lagneau ne me semble pas avoir assez apprécié l'efficacité. Il a examiné ensuite les différents sels et enfin le mercure cru, auquel se rapportent les fameuses pilules de Barberousse, reproduites par Beloste, et les pilules si usitées de Sedillot. Quoi que l'on puisse dire des préférences de M. Lagneau, il faut rendre justice au grand esprit d'impartialité qui préside à cette petite revue de l'arsenal mercuriel; on reconnait à chaque pas le praticien éclairé qui sait dire le mal, mais qui se hâte aussi de signaler le bien partout où il le trouve, n'affectant ni amertume ni dédain pour les opinions qu'il ne partage pas, et qui conserve une impartialité toujours ferme, toujours digne, sur ce terrain brûlant encore de tant de luttes acharnées. C'est presque sans colère qu'il parle de la salivation, de cette méthode affreuse que Cullerier avait trouvée encore toute-puissante dans nos hôpitaux, et qu'il en bannit sans retour; M. Lagneau ne s'est occupé de cet accident que pour indiquer et les précautions prophylactiques qui peuvent l'empêcher, et les moyens qui peuvent le combattre avec succès, quand on n'a pu le prévenir.

M. Lagneau ne pouvait pas oublier les traitements antisyphilitiques non mercuriels. Ainsi il a dirigé son attention sur les sudorifiques dont il attribue l'inefficacité fréquente à la timidité des doses: il croit qu'ils réussissent très-bien, à la condition d'une administration énergique, dans des cas vierges de tout traitement.

Il n'a parlé de l'opium que pour le trouver inutile; quant aux préparations d'or, il en a constaté de nouveau l'inefficacité.

Après avoir établi la supériorité du mercure sur les autres agents antisyphilitiques, posé les règles qui doivent présider à l'administration des diverses préparations mercurielles, spécifié avec soin les circonstances qui peuvent influer sur le choix de telle ou telle de ces préparations, M. Lagneau a recherché quel était le mode d'action du mercure, quelle modification il produisait pour combattre et annihiler le virus. On sait que cette question avait été résolue par plusieurs hypothèses qui peuvent se rattacher d'ailleurs à deux systèmes principaux: l'un supposait une sorte de combinaison chimique, par suite de laquelle le virus se trouvait neutralisé et hors d'état de nuire; l'autre, beaucoup plus répandu, admettait une action éliminatoire, soit mécanique, soit physiologique, par suite de laquelle le poison était expulsé de l'économie. M. Lagneau s'est rangé du côté de cette dernière opinion, et il s'exprime ainsi: « Je crois conforme à la saine pratique et à la physiologie de dire que l'excitation que les mercuriaux occasionnent dans chaque organe en particulier, et sur toute l'économie en général, a pour résultat une fébricule dont la crise, presque

insensible le plus souvent, est caractérisée par la sortie de la matière contagieuse... » Ce n'est là aussi qu'une simple hypothèse, mais il est impossible de trancher autrement une question physiquement insoluble; aussi ne doit-on l'envisager que comme une conséquence du système adopté et développé par l'auteur.

Quoi qu'il en soit, M. Lagneau veut, quel que soit le symptôme syphilitique, un traitement mercuriel : c'est là le point intéressant, celui qui a une importance réelle à une époque où l'Europe est toute retentissante des triomphes du traitement simple, et est encore en partie sous le joug de cette méthode. Si M. Lagneau n'exprimait pas ce que je crois être la vérité, il aurait encore à mes yeux le mérite énorme de ne pas s'être laissé séduire par les bulletins pompeux des victoires antiphlogistiques, et de ne pas s'être préparé, comme l'ont fait tant de syphilographes modernes, le déboire de pénibles rétractations. Enfin il résume pour moi, et théoriquement parlant, toutes les convictions des partisans de la thérapeutique mercurielle, et ce sera peut-être sa plus belle gloire pour les syphilographes à venir.

M. Lagneau s'est livré à des considérations très-étendues sur le traitement des femmes enceintes et des enfants. On sait que cette partie de la thérapeutique vénérienne avait pris une importance toujours croissante depuis Rosen ; M. Lagneau s'en est occupé avec un soin particulier et, comme toujours, avec un grand bonheur: ainsi il a décrit avec une netteté remarquable les affections syphilitiques de l'enfance, et certes cette partie n'est pas la moins intéressante de son ouvrage. Il ne me semble pas avoir suffisamment apprécié les véritables caractères de l'hérédité; cependant il a exposé à propos de la transmission de la syphilis des parents aux enfants certaines données pratiques qui annoncent qu'il était pénétré de ce sujet intéressant: ainsi il a dit avec raison, je crois, que les enfants infectés pendant la gestation avaient moins de chances de viabilité que ceux qui étaient infectés au passage ; il y a dans cette proposition une vérité pratique bien importante, et de plus la preuve que l'auteur séparait la syphilis héréditaire de la syphilis congéniale. Dans ce cas, M. Lagneau conseille ce qu'on a appelé le traitement mixte, c'est-à-dire la lactation rendue mercurielle par le traitement des nourrices et l'administration directe du mercure à l'enfant.

M. Lagneau s'est occupé enfin des modifications que pouvaient apporter au traitement général, le sexe, les saisons, les climats, mais surtout les maladies concomittantes. A ce sujet, il a passé en revue un assez grand nombre de fièvres inflammatoires, gastriques, muqueuses, adynamiques, ataxiques, de maladies cutanées, de phlegmasies diverses, de névroses, etc. Cette partie de son livre présente sans doute un assez grand intérêt, mais comme elle traite d'un point rempli de difficultés de toutes sortes, elle est essentiellement obscure au point de vue du diagnostic, souvent incomplète sous le rapport de la description. Elle rappelle un peu les nomenclatures soi-disant vénériennes de Carrère, mais elle doit à coup sûr être consultée utilement par les praticiens.

En résumé, si le livre de M. Lagneau nous a paru mériter quelques critiques, c'est moins la faute du syphilographe que celle des doctrines mêmes qu'il subissait; quant aux qualités de l'ouvrage, elles appartiennent en propre à l'auteur : n'est-ce pas le plus bel éloge que l'on puisse faire de l'un et de l'autre ? M. Lagneau a pris, telles qu'il les trouvait toutes faites dans la science, ses doctrines sur le virus et sur le développement de l'infection constitutionnelle, et ainsi il s'est condamné, comme on a pu le voir, à toutes les conséquences d'un système qu'il avait accepté trop consciencieusement peut-être : mais il faut reconnaître d'un autre côté que la partie théorique ne joue ici qu'un rôle très-secondaire, et tout l'honneur de l'originalité revient à la partie descriptive et pratique : à quelque opinion que l'on appartienne, il est impossible de ne pas rendre sous ce rapport complète justice à M. Lagneau. Continuateur des idées de Hunter, il semble n'avoir pas osé leur donner tous les développements qu'elles comportaient; et d'un autre côté, hésitant devant les succès inespérés de l'école réactionnaire, il s'est soumis à certaines concessions que semblait justifier le nombre plus que l'autorité scientifique de ses adversaires : il est résulté de ce compromis une sorte de système mixte qui présentait le double inconvénient d'affaiblir les opinions qu'il défendait, et de donner

plus largement prise aux attaques des opposants de toute sorte sortis de l'école moderne. Ce n'est pas médire de M. Lagneau que de le comparer à Hunter, même pour établir un parallèle désavantageux; mais il est évident pour moi que l'auteur français n'a pas tiré tout le parti possible de la belle situation que le chirurgien d'outre-mer avait faite à ses successeurs. Je devais à la règle d'impartialité que je me suis imposée, d'exprimer ce qui est plutôt un regret qu'un reproche : cela posé, je dois dire hautement que bien qu'il ait affaibli la doctrine de l'identité, M. Lagneau est encore aujourd'ui le meilleur représentant classique de cette doctrine si abaissée de nos jours ; que ce qu'il a fait pour elle acquiert un prix inestimable de la valeur pratique de cet écrivain; qu'en un mot son livre est, autant que possible, le drapeau de l'école amoindrie, mais puissante encore des identistes.

OBSERVATIONS.

PSORIASIS SYPHILITIQUE.

AUGMENTATION PROGRESSIVE ET RAPIDE PENDANT L'EMPLOI DES ÉMOLLIENTS. — AMÉLIORATION INSTANTANÉE ET GUÉRISON PROMPTE PAR LE PROTO-IODURE DE MERCURE.

Hôpital Saint-Louis, service de M. Cazenave.

F...., Antoine, 20 ans, charpentier, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, n'a jamais été malade. Excepté la gourme, qu'il a eue dans son enfance, il n'a point éprouvé d'éruption. Ses parents sont d'une bonne santé et n'ont jamais eu de *dartres*.

F. contracta il y a six mois une blennorrhagie et des chancres sur la verge ; la blennorrhagie guérit au bout d'un mois : les chancres ne furent cicatrisés qu'après trois mois. Le malade fit des injections dans l'urètre et des frictions d'onguent napolitain sur les cuisses. Depuis cette époque, il n'éprouva aucun accident syphilitique consécutif.

Il y a douze jours, une éruption commença à paraître sans que le malade puisse assigner aucune cause plausible à son développement. Il ne fit aucun excès dans ces derniers temps. La seule circonstance qui ait précédé et accompagné le développement de son éruption, c'est un refroidissement qu'il éprouva pendant quelques jours durant lesquels il resta sans ouvrage.

Quoi qu'il en soit, l'éruption apparut donc il y a douze jours, à partir de l'époque actuelle (22 novembre 1844), et se fit d'une manière insensible et presque à l'insu du malade; car aucun phénomène d'acuité ne l'accompagna.— Elle débuta d'abord par les épaules, puis s'étendit au dos et enfin aux bras; du reste, elle se fit sans douleur, sans prurit.

Le malade entra à Saint-Louis le 21 novembre 1844, sans avoir encore consulté pour sa maladie, qui offre l'apparence suivante :

L'éruption occupe le dos, le devant de la poitrine et les bras. — Elle est dispersée sous forme de petits groupes, de la largeur d'une lentille à celle d'une pièce de cinq francs. Selon le malade, le début a lieu par une petite tache lenticulaire très-aplatie, sèche, dont le sommet se couvre, deux jours après seulement, d'une écaille blanche, large, sèche, après la chute de laquelle il ne se reforme plus que des squames plus minces. Autour de la première tache, il s'en développe d'autres qui contribuent à former une plaque et à l'étaler, et ainsi successivement jusqu'à ce que cette plaque soit devenue de la largeur d'une pièce de cent sous. Dans toutes ces plaques, du reste, chacun des éléments, si je puis ainsi dire, chacun des boutons demeure isolé ; et il est facile d'apprécier l'hypertrophie de chaque papille. — Pour terminer la description des plaques, j'ajouterai que jamais elles n'ont donné lieu à des démangeaisons ni à aucun suintement; que la plupart sont arrondies; que quelques-unes ont le centre évidé et sain, et forment des anneaux complets ou seulement des portions d'anneaux. Voilà d'une manière générale l'aspect de l'éruption; mais, sur la région dorsale, il y a des caractères particuliers que voici : l'éruption occupe ici les papilles d'une manière plus évidente encore qu'aux membres; chacune de ces élévations du derme paraît hypertrophiée; elles sont dures, rouges, sans que cette coloration dépasse leur base; et le sommet en est occupé par une squame blanche, chatoyante, épaisse et très-adhérente. La couleur générale de l'éruption est d'un rouge très-intense, mais qui n'est pas

franc et qui a quelque chose de la coloration syphilitique, ce qui engage M. Cazenave à considérer cette éruption comme spécifique et de nature vénérienne.

Pendant les premiers jours, le malade est soumis à un traitement tout émollient. — Tisane de chiendent, réglisse; régime doux.

M. Cazenave, désirant voir dans les développements ultérieurs du mal les signes qui devaient confirmer ou infirmer son opinion sur la nature spécifique, laissa le malade environ un mois à ce traitement. Pendant tout ce temps, le psoriasis fit de tels progrès et prit des caractères si tranchés, que les présomptions se changèrent en certitude. En assistant ainsi au développement du mal, l'on vit les plaques occupant le dos s'étaler et devenir confluentes, former de larges surfaces d'un rouge cuivré des plus manifestes, avec tuméfaction assez considérable du derme; et tout cela sans prurit, sans douleur. — La face, intacte jusque-là, se couvrit à son tour de squames d'abord, puis, sous ces squames, de tubercules de plus en plus volumineux et caractéristiques, disposés en cercles et en demi-cercles, et se couvrant à leur tour de croûtes épaisses, cornées, très-adhérentes et ne se détachant que difficilement. Enfin, pour compléter le tableau et comme pour confirmer le diagnostic, au pli du coude, des deux côtés, des gerçures s'étant établies, par suite de l'épaississement et de l'induration de la peau, ces solutions de continuité prirent en peu de jours l'apparence la moins douteuse d'ulcérations syphilitiques, régulières, arrondies, à bords coupés à pic, très-profondes; leur fond était couvert d'une épaisse couche grise, pultacée, très-adhérente; il n'y avait presque pas de suppuration.

Le 22 décembre 1844, M. Cazenave mit le malade à l'usage de la salsepareille et des pilules de proto-iodure de mercure (5 centigrammes), en deux pilules dans les 24 heures. — Il prescrivit un bain de vapeur tous les deux jours.

Dès le 26, il y avait déjà une amélioration à peine croyable; l'action du médicament avait surtout porté sur l'épaississement tuberculeux de la peau et sur la coloration des plaques; en effet, au lieu d'une couleur violacée et terne, on vit une couleur d'un rouge vif; la peau était animée; les squames étaient encore en place, mais les tubercules étaient affaissés de plus de moitié. Il y avait enfin une amélioration des plus notables.

Le traitement fut continué sans modification aucune.

Le 3 janvier 1845, sur tous les points envahis par le psoriasis, il n'existe plus de tubercule. La peau est revenue à son épaisseur normale, et le seul indice de cette éruption éteinte est la coloration brune, rouge par places qui persiste toujours généralement comme dernière trace d'une affection cutanée. Il faut noter ici que la marche de la maladie vers la guérison est venue confirmer l'idée émise déjà sur le développement de ce psoriasis. En effet, à son évolution complète, c'est-à-dire lorsque des squames sèches, chatoyantes, recouvraient des élévations plus ou moins étendues de la peau, il eût été difficile d'en dire le mode de formation. A mesure que la maladie décline, que les tubercules s'affaissent, on voit les plaques larges dès le début se diviser et se subdiviser, se circonscrire nettement, et chaque élévation partielle n'être plus constituée dès lors que par une papille hypertrophiée. Les squames suivaient cette division successive des plaques; et déjà dès le 4 janvier, sur une surface égale, sans élévations, on ne remarque que des écailles minces, petites, adhérant encore par un de leurs bords sur le sommet des papilles et disséminées sur toute l'étendue des parties malades.

La chute de ces écailles, qui se détachent par le plus léger frottement, est complète les jours suivants. On ne voit plus alors que la coloration brune de la peau. Aux plis des coudes, la cicatrisation des gerçures est achevée; à leur place il ne reste qu'un peu de rougeur et d'induration.

Le malade, complétement guéri, sort de l'hôpital le 17 janvier 1845.

Cette observation est remarquable à plusieurs titres. — D'abord c'est un exemple positif de la valeur diagnostique de la teinte syphilitique, qui dans le début a été ici le seul signe spécial. D'un autre côté, la facilité avec laquelle on a pu suivre les progrès de l'éruption, à dater de son apparition, a permis de constater une fois encore la possibilité d'établir nettement le siége anatomique de la plupart des maladies de la peau : on pouvait ici suivre le développement, l'hypertrophie de la papille, et surtout observer pour ainsi dire isolément son mode d'altération comme spéciale, l'hypersécrétion épidermique; enfin la prompte efficacité du proto-iodure de mercure a été une fois encore des plus évidentes, et c'est un fait d'observation assez remarquable, que lorsque l'administration du proto-iodure doit être suivie de bons résultats, le malade en est *touché* presque immédiatement, pour me servir d'une expression qui était familière au modeste et bon Cullerier neveu. — Du reste, pour le dire en passant, jamais on n'obtient cette promptitude d'action de la part d'aucun autre médicament dit antisyphilitique, pas même de l'iodure de potassium.

BALANO-POSTHITE. — SYPHILIDE PUSTULEUSE. — Traitement par le proto-iodure de mercure. — Guérison.

Hôpital Saint-Louis. Service de M. Cazenave.

Étienne, âgé de 22 ans, ouvrier en papier peint, qui fait le sujet de cette observation, porte une syphilide pustuleuse, survenue depuis trois semaines, après une infection vénérienne qui date de trois mois.

L'examen des organes génitaux et des aines fait apercevoir une cicatrice longue de 4 centimètres à la partie interne de l'aine gauche : cette cicatrice est linéaire. Le malade assure qu'elle est le résultat d'un abcès dont il fut atteint à l'âge de cinq ans et qui reconnaissait pour cause un coup de fouet. La relation du malade à ce sujet est assez exacte pour que l'on ne puisse douter que ce soit la vérité.

Le malade contracta une première infection syphilitique il y a un an. Il eut des chancres volants sur le gland et sur le prépuce ; il n'éprouva pas de blennorrhagie et n'eut pas de bubons. — Le malade se contenta de brûler les ulcérations avec de la pierre de vitriol bleu (sulfate de cuivre). Au bout de huit jours il n'en restait plus de trace. — Aucun accident secondaire jusqu'à l'époque de la deuxième infection.

Il y eut en effet une nouvelle infection syphilitique il y a trois mois. Deux jours après un coït suspect, le malade vit survenir une rougeur avec tuméfaction du gland et du prépuce ; un phimosis assez considérable s'établit ; un écoulement de couleur verte, jaune et grisâtre s'établit vers le troisième ou quatrième jour. — Douleur vive en urinant à l'extrémité de la verge et non dans le canal. — Il n'y eut ni alors ni depuis aucune trace de chancre ni de bubons ; rien à l'anus ; pas d'écoulement, pas de pustules plates, pas de chancres. Les bourses elles-mêmes ne portaient aucune lésion. — Le malade ne fit aucun traitement dans les premiers temps.

Vers la fin du deuxième mois, l'éruption syphilitique apparut, d'abord sur les bourses, à la partie inférieure de la verge, puis sur les cuisses. Le malade fit des lotions d'eau de javelle étendue d'eau, ce qui fit augmenter l'éruption, qui gagna l'abdomen. Elle finit par devenir presque générale, sans s'étendre cependant ni au dos, ni à la face.

Depuis huit jours, céphalalgie occipitale, sourde et descendant jusqu'aux épaules en arrière. Le malade dit que la douleur lui prend le soir dès qu'il se couche, et qu'elle le quitte le matin sur les cinq heures : quelquefois elle est assez forte pour empêcher le sommeil.

Il y a quinze jours, étant au théâtre, il éprouva une douleur très-vive sur toute la longueur de la jambe gauche, le long de la face interne du tibia : elle dura pendant une semaine entière jour et nuit : le repos l'exaspérait ; elle disparut ensuite sous l'influence des frictions avec de l'axonge.

Le 12 novembre 1844, le malade prit dans un hôpital la consultation suivante.

Balano-posthite avec phimosis. — Pour traitement :

Trois injections par jour dans le prépuce, avec :
Eau distillée...... 200 grammes.
Azotate d'argent.. 2 grammes.
Seringue en verre.

Le malade n'en fit rien. Le samedi il vint à la consultation de M. Cazenave, qui lui promit de le recevoir le mardi suivant.

Le malade entra en effet dans son service le 19 novembre, et fut placé salle Sainte-Victoire, n. 10. — Il présente l'état suivant :

La verge porte les traces d'une balano-posthite très-intense. Il y a rougeur et tuméfaction des parties ; cependant l'écoulement est très-peu considérable et tend à se limiter entre le gland et le prépuce. Ces deux parties sont douloureuses, se déchirent avec facilité et saignent ; mais l'on n'y voit ni chancres, ni exulcérations, ni cicatrices. — Il n'y a pas de blennorrhagie urétrale.

Il n'y a rien à l'anus.

Dans l'aine droite existe un ganglion engorgé que le malade porte depuis longtemps : c'est le résultat d'un coup de pied qu'il reçut en se battant.

La bouche et la gorge n'ont rien de particulier à noter.

L'éruption a les caractères suivants : sur les bras elle se compose de groupes de boutons très-confluents, dans l'intervalle desquels il y en a quelques-uns qui sont isolés. Ces boutons sont pleins à leur début et à leur terminaison ; mais vers le quatrième ou cinquième jour de leur apparition, le sommet suppure dans un point qui ne dépasse pas le volume d'une pointe d'une épingle ; il est facile d'en faire sortir une petite quantité de pus homogène et bien formé ; mais la plus grande partie du bouton est indurée, d'un rouge cuivreux et ne suppure pas. Après la suppuration, une desquammation légère recouvre les pustules. L'on constate enfin tous les caractères de la syphilide pustuleuse dite lenticulaire.

Le malade demeura assez longtemps sans traitement. L'éruption ne se modifia nullement, si ce n'est que la coloration et la tuméfaction des bras et des jambes diminuèrent sous l'influence de quelques bains simples.

Le 25, M. Cazenave ordonna le traitement suivant : décoction de salsepareille et deux pilules de proto-iodure de mercure, de 2 centigrammes 1/2.

L'amélioration est tellement rapide sous l'influence de ce traitement que dès le huitième jour

de son emploi, les pustules avaient disparu aux bras et aux jambes, pour ne laisser à leur place qu'une coloration très-intense et caractéristique.

Ce qui demeura le plus longtemps sans changement, c'est la partie de l'éruption située dans les régions inguinales, circonstance que l'on observe, du reste, dans les syphilides qui se généralisent.

Quoi qu'il en soit, le traitement fut continué, et le malade, guéri rapidement, put sortir le 20 décembre, ne portant plus que la coloration de la peau habituelle apres les syphilides.

Cette observation présente surtout de l'intérêt sous le point de vue de la relation entre le symptôme secondaire et le symptôme primitif. En effet, on voit ici une éruption syphilitique bien caractérisée survenir après une simple balano-posthite. Si l'on voulait faire dépendre la syphilide de la première infection, il y aurait encore là contradiction au point de vue des doctrines de la non-identité, puisqu'il s'était écoulé plus d'un an entre l'apparition des chancres volants et le développement de l'éruption, ce qui est impossible avec le système qui fixe la durée de cet intervalle à trois mois, et ce qui est peu en harmonie avec la prétendue évolution devenue aujourd'hui si mathématiquement régulière.

REVUE.

PELLAGRE.

Nos lecteurs se rappellent avoir lu dans le numéro de juin dernier de nos *Annales* l'extrait d'un travail du docteur Calderini, sur la pellagre, travail dans lequel il attribuait à l'hérédité la plus grande part dans l'extension de cette maladie. Un autre médecin, le docteur Balardini, vient de soutenir de nouveau, au dernier congrès scientifique d'Italie, tenu à Milan, un argument déjà connu, qui attribue au maïs la cause véritable de la pellagre. Il se fonde sur ce que : 1° cette maladie est d'origine moderne et qu'elle a suivi l'introduction et la généralisation de la culture du maïs ; 2° qu'elle prédomine dans les plaines de la Lombardie où ce pain est la nourriture presque exclusive des habitants ; 3° qu'elle ne règne pas au contraire dans quelques contrées de l'Italie supérieure où le maïs est peu cultivé ; 4° qu'elle respecte les gens riches ou aisés qui ne s'en nourrisent généralement pas, et qu'elle cesse ou diminue lorsque l'on change à temps ce mode de nourriture pour lui substituer de la viande, du bon vin, des aliments succulents ; 5° l'auteur fait observer enfin qu'une maladie particulière au maïs, nommée *verderame*, et qui est l'effet immédiat du développement d'un fungus parasite, le *sporisorium maydis*, est la cause de la pellagre, car cette maladie du maïs est beaucoup plus fréquente que l'on paraît le penser.

Ce mémoire de M. Balardini a été soumis à l'examen d'une commission qui a déclaré dans son rapport et pour répondre aux divers arguments : 1° qu'il existait diverses contrées de la haute et basse Italie où, malgré l'usage presque journalier du maïs, la pellagre était presque inconnue, tandis qu'elle atteignait des habitants des campagnes qui n'en faisaient presque pas usage ; 2° que des faits exceptionnels prouvaient que la pellagre pouvait se développer chez des personnes riches ou aisées qui n'avaient jamais fait usage de maïs ; 3° que la maladie du maïs appelée verderame était très-répandue dans quelques provinces du royaume de Naples, où cependant la pellagre est presque ignorée.

Un autre médecin, le docteur Rizzi, croit de son côté que la pellagre est inhérente à des circonstances physiques, morales et économiques des populations, des familles et des individus, plutôt qu'à des conditions topographiques du sol. Il dit dans les conclusions de son travail : 1° que les guérisons de pellagre doivent être rapportées à diverses formes morbides auxquelles les pellagreux sont exposés de préférence, plutôt qu'à la maladie elle-même, car leur constitution n'a pas été modifiée après la guérison de la méningite ou de la gastro-entérite par les moyens ordinaires. La récidive si facile, la succession plus ou moins tardive des phénomènes ultérieurs d'accroissement de la maladie, la différence dans la quantité des malades pendant les saisons ou la pellagre, par sa manière de se manifester, a coutume de sévir ou de diminuer, suffisent, selon l'auteur, pour infirmer les pré-

tendues guérisons de pellagre, excepté pour les malades qui, placés dans des circonstances favorables, ont pu se soustraire aux causes influentes; 2° M. Rizzi n'a trouvé chez les personnes atteintes de pellagre, et mortes dans son service, des traces anatomo-pathologiques que lorsqu'il avait existé des affections spéciales signalées par des symptômes propres pendant la vie; les nombreuses autopsies qu'il a faites aux diverses périodes de la maladie ne lui ayant pas présenté de résultats anatomiques exclusifs, ou seulement des altérations beaucoup trop légères comparativement aux phénomènes si graves offerts par les malades.

(*Annali univ. de med.* août 1844.)

LÈPRE SUÉDOISE ET NORVÉGIENNE.

Le docteur Trompeo a communiqué au dernier congrès scientifique tenu à Milan une lettre du docteur Retzins, médecin du roi de Suède et Norwége, relative à la lèpre de ces pays; cette lettre, pleine de détails intéressants et d'aperçus ingénieux, est ainsi conçue:

« Il est très-vrai que la lèpre se montre dans notre pays, mais elle est très-rare sur le littoral occidental entre les 59° et 64° degrés, et s'étend çà et là dans les provinces voisines. Si la maladie est observée ailleurs, les cas en sont douteux et simulent plutôt les scrofules et la maladie vénérienne sous une forme hétérogène. En Norwége on en trouve un assez bon nombre de cas et toujours entre le 60° et le 70° degré sur le littoral. On a dit que dans ces contrées les cas de lèpre augmentaient progressivement; grâce à Dieu cela n'existe pas, car au contraire la force de transmission, la virulence ainsi que la fréquence de cette maladie ont singulièrement diminué dans le cours des vingt-cinq années qui viennent de s'écouler.

« Cette affection dégoûtante se montre ici sous ses deux formes, la lèpre tuberculeuse et la lèpre anesthetos: Dans les deux les prodromes sont semblables et consistent dans l'indolence et la pesanteur du corps, la répugnance et l'incapacité au travail, l'oppression cardiaque, le défaut d'appétit. La forme tuberculeuse s'annonce par une efflorescence sur la peau, des taches d'un rouge livide, qui s'élèvent graduellement et forment des tumeurs régulières de grandeur variée, qui plus tard s'amollissent et produisent des ulcérations recouvertes d'une escarrhe grise. En même temps se forme dans le larynx une infiltration tuberculeuse qui amène l'extinction de voix ou au moins rend cette dernière très-faible et rauque. La respiration devient difficile, fatigante, et la suffocation imminente. Sur le septum cartilagineux du nez se forment de petites tumeurs, qui peu de temps après se ramollissent et détruisent le nez lui-même. La matière tuberculeuse est déposée également dans les yeux et éteint la faculté visuelle. Lorsque la maladie a duré pendant un certain temps, la cachexie s'établit; arrive alors la diarrhée colliquative, et la mort vient terminer la vie des malheureux malades; si l'affection a un caractère aigu on voit se développer une inflammation des poumons, des plèvres, du péritoine, des intestins, et il n'est pas rare qu'elle mène à une mort rapide.

« Les phénomèmes qui appartiennent à la forme anesthétique sont: une éruption pemphigoïde avec sensibilité exquise de la peau, laquelle, par suite, se paralyse, perd toute faculté de sentir, de telle sorte qu'on peut l'inciser largement et profondément jusqu'aux os sans que le malade s'en aperçoive, et qu'il peut se brûler sans le savoir et sans ressentir la moindre douleur. Tout le corps, mais surtout les extrémités inférieures maigrissent. Les articulations des mains et des pieds se fléchissent, le mouvement diminue, et on voit se développer une périostite suivie de nécrose qui se termine par la chute des phalanges. Dans cette forme de la maladie les yeux sont encore atteints, la paupière inférieure se paralyse, et l'œil ne peut supporter la lumière. Une inflammation semblable fait naître des taches sur la cornée et amène la perte des yeux. Les deux formes de la maladie peuvent se compliquer l'une l'autre et être accompagnées d'autres maladies. La lèpre ne paraît pas contagieuse, mais héréditaire.

« Les nécropsies montrent une infiltration tuberculeuse dans la peau, les yeux, le larynx, le foie, la rate, l'utérus, l'estomac, les intestins. Les cas de la forme anesthétique font voir les organes centraux du système nerveux atteints d'une effusion gélatineuse dans le tissu cellulaire sous-séreux de l'arachnoïde cérébrale et médullaire, et des adhérences entre cette membrane et la première. L'analyse chimique et microscopique a prouvé que la maladie dépendait d'une composition défectueuse du sang, cette dyscrasie ayant de la tendance à engendrer des dépôts dans la poitrine, dans le cas de forme tuberculeuse, et dans l'organe cérébral dans le cas de forme anesthétique.

« Quant au traitement, j'ai peu de chose à en dire; dans la lèpre tuberculeuse les médecins du pays se contentent de lotions avec une lessive caustique, et, dans la lèpre anesthétique, d'applications de sangsues ou de ventouses le long de la moelle épinière. Les autres moyens qu'ils emploient consistent dans l'usage interne de l'iode, de l'huile de foie de morue et de l'arsenic à très-petites doses. Quelques médecins veulent que la lèpre soit iden-

tique avec l'affection syphilitique abâtardie ou dégénérée. »

(*Annali univ. de med.* octobre 1844.)

SUR L'EMPLOI DU DEUTO-IODURE DE MERCURE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES CHRONIQUES DE LA PEAU,

par le docteur HOFFMANN.

Une jeune femme, jouissant d'une bonne santé, fut affectée à plusieurs reprises sur la moitié droite de la figure d'une éruption de la peau, à laquelle les médecins ne surent donner un nom systématique. Parmi le grand nombre de remèdes qu'on avait essayés, quelques-uns paraissaient améliorer l'état de la malade; mais il reparaissait toujours de nouvelles vésicules qui, en s'ouvrant, épanchaient leur contenu sur les parties voisines, ce qui faisait naître d'autres vésicules qui, en guérissant, se desquamaient comme les autres en écailles minces. La partie ainsi excoriée restait rougeâtre et rude au toucher, jusqu'à ce qu'après quelque temps de nouvelles vésicules se reproduisissent, de sorte qu'une grande partie de la joue droite, la moitié des lèvres supérieure et inférieure et une partie du menton, en furent affectées. Jamais cette éruption n'était douloureuse, mais elle provoquait souvent des démangeaisons et une cuisson intolérables. L'affection ayant continué pendant deux ans, M. le professeur Krukenberg de Halle conseilla d'avoir recours au deuto-iodure de mercure en pomade. (Axonge, 8 grammes; deuto-iodure de mercure, 10 centigrammes.) Déjà le troisième jour après la quatrième friction, toute la surface était séchée et pâle, et l'épiderme se desquamait en écailles. Après s'être lavée souvent avec du son d'amandes, la malade fut complétement guérie, et la peau avait recouvré sa souplesse et sa couleur normales.

Une jeune dame blonde, d'une bonne santé, eut sur la nuque, les épaules et le cou, une éruption de taches grandes et d'un gris jaune telles qu'on en observe dans les maladies du foie. Après avoir employé en vain un grand nombre de médicaments, elle fit un soir, sur le conseil de M. H., comme premier essai, une onction avec la même pomade sur une tache de la grosseur d'une pièce de cinq francs. Le lendemain, la tache était devenue aussi blanche que le reste de la peau. La malade ayant continué de se servir de ce remède, en fut complétement guérie.

M. H..., encouragé par ce succès a employé la même pommade contre les éphélides, qu'il a toujours vues disparaître après un court traitement.

(*Gazette méd. de Prusse*, 22.)

OBSERVATION D'ÉLÉPHANTIASIS DU MEMBRE INFÉRIEUR,

par le doct. BOLSCHWIAG, à Dodangen (Courlande.)

L'auteur, après une dissertation dans laquelle il se prononce pour l'identité de l'éléphantiasis des Arabes et de l'éléphantiasis des Grecs, rapporte l'observation suivante : Une femme lette (peuplade slave) non mariée, âgée de cinquante-quatre ans, d'un tempérament lymphatique, ayant eu la rougeole dans son enfance, puis plusieurs maladies qu'elle ne spécifie pas, avait été réglée parfaitement depuis l'âge de vingt et un ans jusqu'à cinquante ans. Depuis trente ans elle était affectée d'un érythème à la jambe, qui pâlissait de temps en temps et qui entretenait un gonflement douloureux, d'où une raideur considérable et de la gène dans les mouvements. Elle était d'ailleurs robuste et bien portante. Elle affirme n'avoir jamais eu la syphilis. Depuis un ans elle avait une incontinence d'urine qui avait produit de larges érosions aux grandes lèvres. Elle entra en 1836 à l'hôpital, pour une raideur dans les deux genoux, raideur qui dégénéra en une véritable contracture, malgré l'emploi des bains de vapeur, etc., etc. L'année suivante apparurent des furoncles aux deux fesses, un ulcère à la malléole externe droite, et des hygromes considérables aux deux genoux, par suite de l'attitude forcée à laquelle elle était réduite. En 1838, il se forma sur les jambes, les cuisses et les fesses, des pustules semblables au rupia, qui firent place à des ulcères larges, rongeants, à sécrétion grise jaunâtre, qui guérirent difficilement. En 1839, après un dérangement des fonctions digestives avec accès de fièvre irrégulier, l'extrémité inférieure droite offrit les altérations suivantes : Gonflement sensible du tissu cellulaire sous-cutané, puis formation de bulles sur le dos du pied; ces bulles crevèrent et se transformèrent en ulcères superficiels, indolents, qui se recouvrirent de croûtes *testudinées*. Après la guérison de ces ulcères, il resta une végétation icthyose (fischschuppenartige); le dos et la plante du pied étaient considérablement tuméfiés. Tout le membre inférieur offrait un gonflement dont la surface rappelait la disposition d'un damier. A l'automne suivant, les orteils augmentèrent de volume, les ongles se recourbèrent et pénétrèrent dans les chairs. Une aiguille traversait les parties sans causer aucune douleur. L'extrémité inférieure gauche avait bien perdu un peu de sensibilité, mais elle était exempte de gonflement. Pendant l'hiver, il se forma de nouvelles bulles qui donnèrent naissance à de nouveaux ulcères : ceux-ci pénétrèrent profondément dans cette substance dégénérée, qui offrait de plus en plus l'apparence d'un damier dont les com-

partiments étaient formés par des matières tuméfiées, par de véritables tubérosités. Les ulcères ne se couvraient pas de granulations, et ils fournissaient une sécrétion séreuse. Dans les sillons qui séparaient les tubérosités existaient des excoriations. Les fesses offraient des plaques gangréneuses par suite du décubitus. Un peu plus tard, les grandes lèvres devinrent le siége de la même altération que le membre inférieur. Aucune autre partie du corps n'offrit cette altération; les sourcils, les cheveux, la bouche, étaient intacts. Pendant l'été de 1840, la gangrène du sacrum s'étendit davantage, une fièvre lente s'empara de la malade, et elle mourut au mois de septembre.

Autopsie. — Cavités crânienne et thoracique à l'état normal. Muqueuse gastrique un peu rouge, celles de l'iléon et de la fin du colon étaient enflammées, mais non ulcérées. On trouva beaucoup de bile, et un grand nombre de lombrics dans l'intestin. Le tissu du foie était ramolli et pesait 5 livres et demi. Rate très-molle, noire, pesant 13 onces et demi. Dans le tissu cellulaire des parois abdominales, on trouva des masses d'un brun foncé, couleur de suie, dont le volume variait depuis une grosse dragée jusqu'à celui d'une noisette. Les parties génitales internes étaient à l'état normal. Le derme avait plus d'un demi-pouce d'épaisseur; dans certaines parties de la peau du pied, il était fortement adhérent au tissu cellulaire et confondu avec lui, et pénétré partout de sérosité. Quelques ganglions lymphatiques étaient tuméfiés, indurés. Le nerf poplité était notablement épaissi, comparé avec celui du côté opposé.

(Walther, *Ammon's journal fur chirurgie und Augenheilkunde*, nouvelle série, t. II, n° 2.)

Cette observation présente un cas grave et remarquable du véritable éléphantiasis des Arabes, maladie qui n'a aucun rapport réel avec l'éléphantiasis des Grecs, ou lèpre tuberculeuse.

Observations sur l'usage du platine contre les affections syphilitiques,

par le docteur Fricke,
chirurgien en chef de l'hôpital de Hambourg.

(Article posthume.)

Le chlorure de platine et de sodium, recommandé par MM. Cullerier et Hœfer contre les affections syphilitiques, fut administré par M. F... dans dix-huit cas différents le plus souvent sans résultat satisfaisant.

1. Un cocher âgé de trente ans, d'une constitution robuste, était affecté d'une tumeur de l'épididyme et du cordon spermatique, suite d'une gonorrhée. Des antiphlogistiques, des résolutifs et la compression, tout en la diminuant, ne remédièrent point à l'induration. On adminitra alors la mixture suivante: chlorure de platine et de sodium, 0,10 centigrammes; eau distillée, 240 gammes; une cuillerée à bouche matin et soir. La dose fut augmentée d'une cuillerée tous les quatre jours. Après quatre semaines d'un usage continuel, qui du reste avait provoqué de la constipation, quoique de courte durée, la tumeur avait disparu; mais le cordon, de même que l'épididyme, était toujours dur au toucher. Quoique le malade prît jusqu'à onze cuillerées par jour, la résolution ne se fit qu'incomplétement.

2. Un ouvrier cordonnier, qui avait été affecté plusieurs fois de la syphilis, fut traité de la même manière pour les restes d'une tumeur de l'épididyme. Le remède fut pris pendant quelque temps sans inconvénient, en produisant seulement, comme dans le premier cas, une légère tendance à la constipation; pourtant, à l'époque où la dose était de dix cuillerées par jour, le malade, après en avoir pris les premières doses, éprouvait le matin de la gastrodynie et des nausées, qui, de même que la constipation, cessaient dans le cours du traitement. Dans ce cas aussi, la tumeur ne disparut pas entièrement, pas plus que la gonorrhée secondaire coexistante contre laquelle il fallut administrer le baume de copahu.

3 et 4. Mêmes résultats.

5. Le remède ne fut d'aucun effet sur un psoriasis syphilitique, accompagné de douleurs ostéocopes très-vives; l'appétit alla en décroissant; la langue devint d'un blanc sale et d'une apparence villeuse; il y eut de la constipation. L'effet heureux de l'iodure de potassium fut, au contraire, surprenant.

6 et 7. Deux cas de condylomes sans le moindre résultat.

8. Une sécrétion purulente de l'urètre, qui était restée après une blennorrhagie guérie par le nitrate d'argent, céda après quatre semaines à l'emploi du platine.

13. Une fille de vingt et un ans, qui n'avait jamais été syphilitique auparavant, eut aux grandes et aux petites lèvres, à l'orifice du vagin et à la face interne de la cuisse, un grand nombre de condylomes acuminés, grands et pâles, qui devinrent pendant le traitement plus durs et plus pâles. Guérison après deux mois.

15. Des condylomes acuminés, après avoir résisté à toute autre médication interne et externe, diminuèrent après deux mois de traitement par le platine.

Dans les autres cas de condylomes, d'exanthèmes, de blennorrhagies et d'ulcères, M. F... n'obtint aucun résultat satisfaisant; chez plusieurs malades, le remède troublait même les fonctions digestives.

En résumé, le chlorure de platine et de so-

dium, pris en petites doses de 1 à 5 centigrammes, ne parut produire aucun effet bien marqué. Il ne parut avoir aucune action spéciale sur aucun organe en particulier; il doit être regardé comme d'un secours très-problématique, et toute autre médication rationnelle lui est préférable.

(*Oppenheim Zeitschrift*, xxx, 2.)

LIQUEUR D'HYDRIODATE D'ARSENIC ET DE MERCURE OU SOLUTION D'IODO-ARSENITE DE MERCURE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PEAU.

Cette combinaison chimique, comme on le sait, a été pour la première fois recommandée par Donovan dans le Journal médical de Dublin, nous en rappelons ici la composition et le mode de préparation.

Solution d'iodo-arsenite de mercure.

℞ Arsenic	0,158 gram.
Mercure métallique	0,400
Iode	0,305

On triture l'arsenic pulvérisé avec le mercure et l'iode et un peu d'alcool jusqu'à ce que la masse soit desséchée; on la dissout dans 100 grammes d'eau distillée; après avoir trituré un moment, on ajoute l'acide iodo-hydrique préparé avec l'acidification de 13 centigrammes d'iode, et on fait bouillir pendant quelques instants; après le refroidissement on ajoute autant d'eau distillée qu'il est nécessaire pour que la solution froide soit exactement de 100 grammes.

Voici la formule de la potion de Donovan.

℞ Solution d'iodo-arsenite de mercure..	4 gram.
Eau distillée	80
Sirop de gingembre	16

Cette potion contient 4 centigrammes de chaque iodure, et se donne à la dose de trois à quatre cuillerées par jour.

Le docteur Isaac Taylor, de New-York, donne le détail d'un assez grand nombre de cas dans lesquels il a administré cette préparation, et professe l'opinion absolue qu'elle produit des effets plus sensibles que les médicaments variés auxquels on a recours habituellement dans des formes de maladies aussi opiniâtres que le lupus, le rupia, le psoriasis, la syphilis secondaire, etc., etc. Nous ne citons qu'une seule de ses observations.

Lupus exedens du nez. — La femme Dridwhotten, âgée de 74 ans, née en Allemagne, est très-replète. Lorsqu'elle se présenta, elle avait des croûtes noires sur le septum du nez, et autour de l'aile gauche dont une partie détruite par l'ulcération, et contractée sur elle-même, avait fait dévier le nez d'un côté. Un chapelet de tubercules gros comme des chevrotines s'étendait de l'angle externe de l'œil vers l'angle interne et de là jusque sur le nez et le front. La paupière inférieure était renversée dans toute son étendue, laissant à découvert la conjonctive; beaucoup de ces tubercules étaient ulcérés et couverts d'une croûte brune. Il y avait vingt ans que la maladie avait commencé à se développer d'abord à l'angle gauche du nez, où la malade avait reçu un coup de fouet et qui s'était rapidement ulcéré. La malade fut alors traitée peu de temps après par un médecin français, et guérie à l'aide d'applications externes; mais plus tard l'ulcération se rouvrit de nouveau et alla prenant toujours de l'extension. La santé était du reste bonne. Une infinité de moyens avaient été employés sans succès, lorsqu'on administra la solution à la dose de cinq gouttes, trois fois par jour dans une cuillerée d'eau, après avoir donné un purgatif et recommandé la diète. Au bout de quelque temps on appliqua la liqueur localement sur la partie et en peu de jours la guérison fut parfaite; les croûtes tombèrent et laissèrent à nu une surface nette. Les tubercules de la paupière inférieure furent ramenés au niveau de la peau, et cette paupière reprit à peu près sa situation normale. Un mois après, cependant, le mal sembla vouloir reparaître, mais fut arrêté dans sa marche et ne reparut plus.

Le docteur Taylor termine ses observations par la réflexion suivante:

« Quel que soit le doute que l'on puisse conserver relativement à la nature exacte de ces accidents, le long espace de temps pendant lequel quelques-uns d'entre eux avaient duré, et l'avantage obtenu par l'usage de ce remède doivent être d'un grand poids pour engager à en faire l'essai dans les affections chroniques de la peau. »

Il faut savoir gré à l'auteur de la réserve qu'il a apportée dans l'exposition du fait précédent, et surtout dans son appréciation : il est en effet permis de douter qu'il se soit agi d'un lupus dans cette observation; et le médicament vanté par M. Taylor aurait pu n'avoir une efficacité si prompte que parce qu'il agissait contre une syphilide tuberculeuse. Quoi qu'il en soit, on peut voir par la lettre suivante que l'expérience ultérieure du docteur Taylor a confirmé ses premiers essais.

« Depuis les observations précédentes, j'ai eu l'occasion de voir beaucoup de cas de lupus et de maladies éruptives. Le total des lupus (exedens et non-exedens) a été de vingt-deux, dont dix-huit dans ma propre pratique et quatre dans celle d'autres médecins. L'efficacité de la liqueur a été observée plus particulièrement dans cette deuxième maladie qui résiste en général à tant de remèdes; je lui ai trouvé aussi des avantages décisifs dans les formes les plus rebelles d'autres maladies

éruptives ; quant à ce qui est du lupus, je voudrais relever ici une particularité de son diagnostic qui a échappé à l'attention de tous ceux qui ont écrit sur cette maladie, c'est sa prédilection pour le côté gauche, quelque forme qu'elle affecte ; qu'elle se manifeste soit sur la joue, soit sur le bras, soit sur le corps, le côté gauche en est fort fréquemment atteint, car je ne l'ai rencontrée que deux fois du côté droit dans les vingt-deux cas que j'ai cités. Une seconde particularité digne d'observation, quant à ce qui résulte de ma propre expérience, c'est que les femmes y sont particulièrement sujettes ; en effet je ne l'ai pas rencontrée chez l'homme dans un seul des cas que j'ai cités, proportion supérieure à celle de M. Rayer ; je ne l'ai pas non plus observée plutôt chez les scrofuleux ou les sujets prédisposés aux scrofules, comme le veut le même auteur, ou chez ceux qui offraient une apparence cachectique, ainsi que l'a vu Plumbe ; au contraire les deux tiers au moins des malades que j'ai soignés avaient une apparence saine, une bonne constitution, l'intégrité de leurs fonctions sécrétoires, et ne présentaient aucun désordre dans les viscères chylopoiétiques ; dans ces divers cas la maladie a été vue sous toutes ses formes ; mais comme il est rare que l'on ait l'occasion de l'observer dès son origine, il est difficile de déterminer si elle provient d'une inflammation morbide, ou si elle commence toujours par une élévation tuberculeuse de la peau.

« Parmi les opinions diverses qui ont été émises à ce sujet, je suis disposé à adopter celle de Biett, qui veut que les tubercules ne soient pas des lésions élémentaires dans tous les cas de lupus, mais que cette maladie soit accompagnée dès le principe d'un simple érythème.

« On pourra observer, d'après les différents cas rapportés, que cette espèce de maladie que l'on croyait très-rare et extrêmement rebelle, est plus fréquente qu'elle ne l'a semblé, et que non-seulement on peut arrêter ses désordres, mais encore la faire disparaître entièrement pendant un long espace de temps ou pour toujours. Cette fréquence peut faire douter si tous les cas que j'ai cités étaient des lupus, et si quelques-uns n'étaient pas des syphilides tuberculeuses, maladie avec laquelle ils ont plus de ressemblance qu'avec toute autre, et qui dans certains cas suspects (cas dans lesquels se développent des tubercules seuls) est très-difficile à diagnostiquer ; mais les caractères si bien et si souvent décrits et observés dans l'affection secondaire, s'opposent à une erreur de diagnostic (1).

(1) Ces caractères de fréquence et d'innocuité, rapprochés de la négation d'une disposition particulière au lupus, tendraient en effet, malgré ce que dit M. Taylor, à accroître le doute exprimé plus haut, et d'ailleurs indiqué par l'auteur lui-même.

« Quant à la forme non-exedens du lupus, je n'ai trouvé aucun avantage dans la liqueur de Donovan, donnée soit à l'intérieur, soit appliquée à l'extérieur, ni dans aucune autre espèce de traitement soit constitutionnel, soit local ; ce dernier tendait au contraire à aggraver le mal, excepté dans un seul cas où l'application de l'acide acétique a réussi. La dose de la liqueur de Donovan n'a été augmentée que dans un seul cas où elle a été portée à dix gouttes ; et on n'a vu survenir la salivation que lorsqu'elle a été administrée pendant plus de six mois ; enfin sous son influence ne s'est manifestée aucune affection intestinale, et c'est pour moi une satisfaction que de pouvoir confirmer par mon expérience la valeur de ce médicament dans les maladies éruptives sous toutes leurs formes chroniques, et particulièrement dans le lupus que l'on sait si formidable dans ses ravages et si difficile à traiter. »

(*The Dublin journal of medical science*, mai, 1844.)

DE L'EMPLOI DES CAUSTIQUES CONTRE LA SYPHILIS,

par le docteur PUCHELT.

Il y a longtemps que M. Puchelt père, professeur de la clinique de Heidelberg, traite les affections syphilitiques primitives par les caustiques seulement, sans donner du mercure à l'intérieur. Les malades mis au régime prennent des décoctions sudorifiques, des bains, des purgatifs salins. M. Puchelt fils, l'auteur de cet article, ayant soumis huit malades à ce traitement, en tire les conclusions suivantes :

La solution de deuto-chlorure de mercure et d'acide nitrique sont les meilleurs caustiques contre les condylomes, que, du reste, on doit couper avant l'application ; pourtant leur effet est nul sur les condylomes acuminés, qui ne tardent pas à reparaître dans peu de temps. Les ulcères vénériens cautérisés par le nitrate d'argent se sont cicatrisés chez un malade dans quinze jours, chez un autre le vingt et unième jour. Il n'y a pas eu de récidives. L'inoculation aux cuisses produisit, dans quelques cas, des ulcères d'un caractère plus grave que celui des chancres primitifs. Aucun des malades traités de cette manière à l'hôpital ne fut affecté de syphilis secondaire ; mais M. Puchelt en observa trois cas, parmi ses malades en ville, qui cependant avaient été tous cautérisés les premiers cinq jours ; il en attribue la cause à des écarts du régime. Il signale, en outre, un cas où des symptômes secondaires se manifestèrent quatre semaines après la guérison. Des excoriations de la muqueuse vaginale disparaissent après avoir été légèrement cautérisées par le nitrate d'argent. Il en est de même des ulcérations des organes génitaux extérieurs. Dans un

cas, M. Puchelt cautérisa avec succès des excoriations vaginales au neuvième mois de la grossesse, contrairement à l'avis du docteur Fricke de Hambourg. Dans un cas de *fluor albus vaginalis*, la cautérisation au moyen du nitrate d'argent fut d'un bon effet; chez d'autres malades, au contraire, alors qu'il introduisit dans le vagin un plumasseau imbibé d'une solution de nitrate d'argent ou de sous-acétate de plomb, il n'a pu obtenir la guérison.

(HEIDELBERGER, *Clin. Annalen.*)

Sans parler de tout ce que le résumé de ce travail laisse à désirer pour appuyer les propositions émises par M. le docteur Puchelt, je me contenterai d'appeler l'attention des lecteurs sur la prétendue solidité des guérisons obtenues à l'aide de la cautérisation. Ce n'est pas d'aujourd'hui que ce moyen a été vanté; mais quels que soient ses effets locaux, effets que nous ne voulons pas discuter ici, il est bien permis de contester la faculté qu'ils auraient de préserver absolument de tout symptôme secondaire. On s'est déjà servi de l'argument facile de l'immunité après tel ou tel traitement; mais on n'a pas dit dans quelles limites s'exerçait cette immunité, et cette circonstance seule infirme au moins la valeur absolue des propositions formulées ci-dessus.

TRAITEMENT EXPÉDITIF DE LA GONORRHÉE,

par M. EDWARDS.

Nous mettons sous les yeux du lecteur la note suivante, qui rappellera surtout ce que M. Diday de Lyon a dit du traitement de la blennorrhagie par les purgatifs.

Dans le stade de l'inflammation, M. Edwards ordonne aux malades : calomel, 30 centigr., divisés en trois doses, à prendre toutes les quatre heures. Une heure après chaque dose, trois cuillerées de la mixure suivante :

℞ Tartre stibié	0,15
Scammonée	0,75
Jalap	2
Sulfate de magnésie	15
Eau	240

Demi-ration d'aliments, tisanes d'orge et de lin. Les malades vomissent ordinairement la première dose : pourtant l'estomac s'habitue bientôt au tartre stibié.

On fait baigner souvent les organes génitaux dans l'eau tiède, le malade a soin de porter un suspensoir.

Quand l'inflammation a cessé, le malade fait usage de la mixture suivante :

Chlorhydrate de morphine	0,10
Iodure de potassium	2
Baume de copahu	
Huile de cubèbe	ãã 15
(1) Eau de potasse	30

M. D. une cuillerée à café toutes les quatre heures dans une décoction d'orge.

On enveloppe la verge d'un bandage qu'on doit humecter continuellement d'une solution de sous-acétate de plomb. Après trois jours de ce traitement, le malade prend le soir encore une dose de calomel; le lendemain, un léger purgatif. Enfin, à partir de ce moment, on fait toutes les deux ou trois heures l'injection suivante :

℞ Sous-acétate de plomb	4
Eau	240

L'écoulement cesse bientôt; le malade continue de prendre tous les jours une dose de la mixture, et ne fait plus que tous les deux jours une injection d'eau froide.

M. E... prétend n'avoir jamais vu des suites funestes résulter de ce traitement « expéditif. » (*Provincial medical Journal*, tiré de *Schmidt's Jahrb*, vol. 41, 2.)

DE LA CURE RADICALE DU VARICOCÈLE, ET DU DÉBRIDEMENT DU TESTICULE DANS LE TRAITEMENT DE CERTAINES ORCHITES,

par M. VIDAL (de Cassis), chirurg. de l'hôpital du Midi.

On sait notre opinion sur le débridement du testicule dans les cas d'orchite très-douloureuse; cette méthode, que quelques chirurgiens se sont empressés de condamner avant d'en avoir bien compris les véritables indications, est évidemment de la plus grande utilité dans les cas particuliers que nous avons spécifiés. (Voy. *Ann. des maladies de la peau et de la syphilis*, mai 1844.) M. Vidal, dans sa brochure, a ajouté de nouvelles observations à celles déjà si probantes que nous avions rapportées. Après ces nouvelles preuves, aucun esprit impartial ne pourra conserver de doutes sur l'utilité du moyen que M. Vidal préconise.

Si le varicocèle ne sortait pas des spécialités auxquelles ce recueil est consacré, nous aurions à nous occuper longuement de la partie du mémoire de M. Vidal qui traite de cette maladie; à défaut d'un examen circonstancié, nous nous bornerons à dire que nous avons pu constater plusieurs fois les avantages de la méthode du chirurgien des vénériens, qui consiste à enrouler autour d'un fil de métal toutes les veines variqueuses.

(*Paris.* — J.-B. BAILLIÈRE.)

(1) *Aqua* ou *liquor potassæ* de la Pharmocopée prussienne est composée de carbonate de potasse 1, eau distillée 2.

Typ. Lacrampe et Comp., rue Damiette, 2.

2e ANNEE. — 2e VOLUME. — No 7. — FÉVRIER 1845.

ANNALES

DES

MALADIES DE LA PEAU

ET

DE LA SYPHILIS,

PUBLIÉES

Par Alph. CAZENAVE,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Médecine, etc.

Periculosum est credere et non credere.

MALADIES DE LA PEAU.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DES TOPIQUES.

(Troisième article.)

Des topiques liquides. — Pour n'être pas aussi nombreux peut-être, aussi usités que les pommades, les topiques liquides (les lotions) tiennent cependant aussi une place assez importante dans la thérapeutique des maladies de la peau. Si, en exceptant quelques cas spéciaux, ils ne sont pas toujours d'une utilité incontestable, ils sont quelquefois réellement efficaces, ordinairement sans inconvénients graves, et enfin ils constituent le plus souvent un bon auxiliaire.

Les topiques liquides employés dans le traitement des maladies de la peau consistent ordinairement dans des infusions ou décoctions émollientes, ou narcotiques, ou dans des lotions acides, alcalines, camphrées, sulfureuses, iodurées, mercurielles.

Les topiques émollients employés dans le but de calmer une inflammation trop vive sont rarement, il faut le dire, habiles à remplir cette indication.

Assurément, les lotions d'eau de son, de laitue, d'eau de guimauve, etc., auxquelles on a recours tous les jours dans le traitement d'une éruption à l'état aigu, n'ont, à titre d'antiphlogistique, qu'une action très-contestable, si même il n'y a pas d'inconvénient à mouiller fréquemment la surface enflammée.

Déjà j'ai eu occasion de dire que je préfère beaucoup, dans ces cas, les topiques secs. Cependant, dans plusieurs circonstances, ces lotions deviennent indispensables, quand on emploie des pommades, et aussi quand on veut empêcher le séjour des croûtes, ou bien encore quand il faut absolument nettoyer des surfaces malades et continuellement baignées par une sécrétion purulente.

Il n'en est pas de même de certains topiques, applicables à quelques éruptions dont l'état aigu a passé, ou qui ne sont point accompagnées d'un appareil inflammatoire bien prononcé. Ce ne sont pas seulement alors des infusions et des décoctions émollientes : d'une composition très-variable d'ailleurs, mais toujours plus actifs,

les topiques modifient la vitalité des surfaces malades, tantôt comme agents d'une méthode substitutive en dénaturant, pour ainsi dire, l'irritation suraiguë qui entretient l'éruption, tantôt en tarissant le suintement qui l'accompagne, tantôt même en excitant légèrement les parties malades, en provoquant la chute des croûtes ou des squames, et dans tous les cas en accélérant le travail de la résolution. — Ainsi, dans quelques formes légères d'acné, de lichen, de pityriasis, d'herpès, d'eczéma même, j'emploie souvent avec avantage de simples lotions légèrement acidulées; ou bien encore, et surtout dans l'impétigo, par exemple, après avoir provoqué la chute des croûtes, je me suis bien trouvé de l'application d'une solution légèrement alumineuse.

℞ Alun....................	de 8 à 12 gram.
Infusion de roses rouges......	500 gram.

F. S. A.

Mais la lotion dont je me sers le plus habituellement et avec le succès le plus constant dans ces circonstances, c'est une lotion mercurielle, analogue au remède secret, connu sous le nom de liqueur de Gowland, et plus encore à l'émulsion mercurielle de Bateman.

Voici d'ailleurs, après plusieurs essais, la formule que j'ai adoptée :

℞ Bichlorure de mercure.......	10 centig.
Chlorure d'ammonium.......	10 centig.
Lait d'amandes.............	250 gram.

F. S. A.

Quand l'éruption est à l'état tout à fait chronique, on peut avoir recours à des lotions plus énergiques. C'est ainsi que, pour combattre l'*eczéma*, je me suis bien trouvé de lotions répétées avec le mélange suivant :

℞ Acide nitrique.............	25 gouttes.
— hydrochlorique.......	25 gouttes.
Eau distillée..............	300 gram.

F. S. A.

Ou bien encore d'une lotion que Biett recommandait vers la fin de l'eczéma et de l'impétigo :

℞ Alun........................	12 gram.
Hydrochlorate d'ammoniaque..	4 gram.
Sulfure de potasse liquide.....	30 gram.
Eau commune...............	250 gram.

F. S. A.

Ou enfin du mélange qui suit, qui réussit assez bien aussi dans l'eczéma chronique, plus rarement dans le lichen :

℞ Décoction de racine de guimauve.	500 gram.
Sous-acétate de plomb liquide...	4 gram.

F. S. A. (Biett.)

Les lotions sont employées encore dans un but, pour ainsi dire, plus direct, pour débarrasser, par exemple, les surfaces malades des squames qui les recouvrent, comme dans le pityriasis, le psoriasis, l'eczéma squammeux; ou pour nettoyer la peau d'un enduit graisseux plus ou moins abondant, comme dans l'acne sebacea; ou pour faire disparaître à la fois des taches jaunâtres et l'exfoliation farineuse qui les recouvre, comme dans le pityriasis versicolor.

Les eaux sulfureuses naturelles ou artificielles, ou bien encore les solutions alcalines, sont celles qui remplissent le mieux cette double indication.

De tous les symptômes, celui contre lequel on a le plus dirigé de lotions de toute espèce, c'est sans contredit le prurit, soit qu'il constituât seul la maladie, comme dans certaines formes désignées sous le nom de *prurigo scroti*, *podicis*, soit qu'il accompagnât certaines éruptions, comme l'eczéma, et surtout le lichen; toujours est-il que pour calmer le prurit on a proposé une foule de lotions.

J'ai employé dans ces cas, malheureusement si rebelles, et quelquefois réellement graves, avec des résultats variés suivant les individus, mais souvent avec avantage, des lotions avec des infusions de feuilles de *stramonium*, de *jusquiame*, des décoctions de têtes de pavots. — Ces lotions sont surtout applicables, chez les femmes, pour le prurit de l'anus, ou de la vulve.

Je me sers souvent aussi avec succès de lotions répétées d'eau de goudron.

C'est dans ces cas que l'on peut avoir recours aux lotions alcalines.

℞ S.-carbonate de potasse..	de 8 à 12 gram.
Eau distillée................	500 gram.

F. S. A.

Ou bien aux lotions sulfureuses.

℞ Sulfure de potasse...........	4 gram.
Eau distillée................	300 gram.

F. S. A.

Ou bien au liniment de Jadelot, qui toutefois est plus particulièrement applicable au traitement de la gale.

Dans l'eczéma chronique avec démangeaisons, et surtout dans le prurit sans éruption, je me suis souvent bien trouvé de l'emploi du topique suivant, proposé par Biett :

℞ Cyanure de potassium........	6 décig.
Emulsion d'amandes amères..	200 gram.
F. S. A.	

Malheureusement il n'est pas rare de voir, malgré l'emploi de ces divers moyens, la démangeaison résister avec une opiniâtreté désolante. Je l'ai calmée quelquefois avec des lotions camphrées, surtout dans le prurigo intense.

℞ Eau de laitue................	500 gram.
Eau camphrée..............	30 gram.
F. S. A.	

Mais de toutes les applications topiques liquides celles qui en général amènent contre la démangeaison un soulagement plus prompt et plus marqué, ce sont les lotions mercurielles. Déjà j'ai donné plus haut la formule d'une émulsion mercurielle; elle est souvent insuffisante. Il n'est pas rare d'être obligé d'employer une solution dans laquelle le deutochlorure de mercure reste pur, et se trouve aussi dans une proportion plus considérable. J'ai vu des cas graves de prurit de la vulve, dont les crises réellement atroces étaient calmées à l'aide de lotions faites avec un peu de la solution suivante:

℞ Bichlorure de mercure.......	20 centig.
Eau distillée................	200 gram.
Alcoolat de menthe..........	15 gram.
F. S. A.	

On sait que la fameuse eau rouge de l'hôpital Saint-Louis, vantée par Alibert dans le traitement des *dartres* syphilitiques et autres, n'était autre chose qu'une solution de bichlorure de mercure :

℞ Bichlorure de mercure........	4 gram.
Eau distillée.................	500 gram.
Racine d'orcanette...........	4 gram.
F. Sc.	

Doses : Trente à soixante grammes en lotions.

C'est encore un des meilleurs moyens à opposer à ces formes si intenses et si graves, que l'on observe fréquemment chez les vieillards, et mon collègue le docteur Henry, se loue beaucoup, dans ces cas, de lotions faites largement, matin et soir, avec la solution suivante :

℞ Bichlorure de mercure......	60 centigr.
Eau distillée..............	1 litre.
Alcool.....................	200 gram.
Camphre..................	2 gram.
F. S.	

Telles sont les principales indications des topiques liquides dans le traitement des maladies de la peau. En parcourant rapidement le cadre de ces maladies, il sera facile d'en faire une application même générale et plus précise.

Dans le traitement des *exanthèmes* en général, les topiques liquides sont au moins inutiles, si on excepte encore l'érysipèle, contre lequel on a proposé des fomentations émollientes, des lotions résolutives, astringentes, camphrées, etc., sans toutefois qu'aujourd'hui encore l'expérience ait légitimé leur emploi. Je ne parle pas ici de l'érysipèle traumatique, dans le traitement duquel on obtient de bons effets de topiques liquides astringents. Parmi les éruptions vésiculeuses, l'eczéma est rarement modifié d'une manière heureuse par les topiques liquides : à l'état simple, quand les vésicules sont intactes, les lotions sont inutiles; à l'état aigu, quand les vésicules ont été déchirées, on ne peut guère lui opposer que des lotions émollientes. Mais déjà et trop souvent encore on voit des cas de ce genre dans lesquels le mal a été singulièrement augmenté par des lotions avec l'eau de Barége, par exemple, par des lotions émollientes même. Je me suis expliqué sur ce peu de valeur. Ce n'est que plus tard que l'on peut avoir recours, quelquefois avec avantage, à quelques lotions alcalines acidulées ou mercurielles, mais en ayant grand soin de surveiller le retour si fréquent de l'état aigu, pour arrêter à temps les applications topiques. Du point de vue des topiques liquides, comme nous l'avons vu déjà pour les pommades, la gale, maladie à part, comporte une indication toute spéciale, et pour la remplir on a vanté et employé avec un succès plus ou moins prompt, une foule de lotions alcalines, savonneuses, sulfureuses, camphrées, mercurielles, etc. On connaît le liniment de Jadelot, la lotion de Dupuytren, la fameuse eau mercu-

rielle de Metsouby, qui, en déterminant un eczéma rubrum, *faisait sortir la gale*, à la grande satisfaction du patient et du traitant. Ce n'est pas ici le lieu de m'arrêter sur toutes les formules, même éprouvées par l'expérience; je me contenterai de dire qu'il y a quelque temps, je remplaçai les frictions en usage à l'hopital Saint-Louis, par des lotions, que j'ai variées en grand nombre, et qu'après beaucoup d'essais, je me suis arrêté aux deux suivantes, à l'aide desquelles j'ai obtenu des moyennes de traitement beaucoup plus courtes qu'avec la pommade sulfuro-alcaline; ce sont des lotions aromatiques et des lotions iodurées.

Lotions aromatiques.

℞ Essence de romarin..	de chaque,	1 gram.
Lavande...........		
Menthe...........		
Alcool 0,32°..................		200 gram.
Solution légère de thym........		1 litre.

F. S. A.

125 grammes environ, matin et soir, en lotions, sur les points occupés par les vésicules. C'est un traitement trop dispendieux pour un hôpital, mais très-prompt, et très-commodè pour les malades en ville.

Lotions iodurées.

℞ Iodure de soufre....	de chaque,	6 gram.
— de potassium.		
Eau..........................		1 litre.

M.

M. Soubeiran a examiné, depuis, cette formule, et reconnaissant que l'iodure de soufre ne se dissolvait pas, il a pensé que c'était simplement une solution d'iodure de potassium avec addition d'iode, le soufre se déposant au fond des vases. Il a donc proposé de le remplacer par une solution d'iodure de potassium additionné d'iode. Quoi qu'il en soit de cette analyse, très-exacte et très-précise comme tout ce que fait notre savant chef de la pharmacie centrale, il n'en est pas moins positif qu'avant de me décider pour cette formule, j'avais employé isolément des lotions avec une solution d'iodure de potassium simple, des lotions avec une solution d'iodure de potassium avec addition d'iode, et notamment la suivante :

℞ Iodure de potassium........	10 gram.
Iode......................	2 gram.
Eau........................	1000 gram.

F. S. A.

que depuis j'ai répété ces essais, et que constamment j'ai obtenu des résultats beaucoup moins favorables qu'avec une solution d'iodure de potassium, additionné si l'on veut, d'iodure de soufre, qui alors, bien qu'en snspension, a une action évidente. Seulement il faudrait qu'elle ne fût pas préparée longtemps à l'avance, et que l'on eût soin de bien agiter le mélange avant de s'en servir.

Les *éruptions pustuleuses* à l'état aigu supportent mal les topiques liquides. Ainsi ils ne conviennent jamais dans le traitement de la teigne. J'ai même pu, dans mes expériences thérapeutiques relatives au traitement de la gale, observer d'une manière positive, que les complications produites par les frictions avec des pommades, étaient presque toutes ou des eczéma ou des lichen, tandis que sous l'influence des lotions, elles consistent presque exclusivement dans des éruptions pustuleuses (ecthyma). Ce n'est guère que lorsque l'impetigo était à l'état chronique que l'on a pu quelquefois, après avoir fait tomber les croûtes, modifier avec avantage les surfaces dénudées à l'aide d'applications topiques liquides, légèrement astringentes.

Les lotions conviennent en général assez bien à l'acné, au sycosis (mentagre). Elles consistent, suivant l'état et la forme de l'éruption, dans des infusions émollientes, aromatiques, dans des solutions alcalines.

Ici encore se présente une maladie avec des indications toutes spéciales, et contre laquelle les topiques sont souvent très-utiles; c'est le porrigo favosa.

On connaît la lotion de Barlow :

℞ Sulfate de potassium..........	8 gram.
Savon blanc................	10 gram.
Alcool rectifié.............	8 gram.
Eau de chaux..............	225 gram.

Elle a été proposée et employée avec succès quand les croûtes faveuses étaient tombées. Ce topique est généralement remplacé par des lotions seulement chlorurées, à l'aide desquelles on obtient des résultats analogues.

Dans les éruptions *papuleuses*, la véritable indication que l'on cherche à remplir dans l'emploi des lotions, c'est de calmer la démangeaison; déjà je les ai examinées tout à l'heure sous ce point de vue. J'a-

jouterai que, souvent utiles dans les prurits sans éruption, souvent encore très-efficaces dans le prurigo papuleux, la lotion échoue presque toujours contre le lichen, si même elle n'en augmente pas souvent l'intensité.

Les éphelides hépatiques et le pityriasis versicolor sont les seules affections, caractérisées par une modification de la couleur de la peau, qui soient accessibles aux topiques liquides. Elles cèdent ordinairement aux topiques chlorurés, et mieux aux lotions sulfureuses.

Enfin, dans le traitement des *affections squammeuses*, du sporiasis et de la lèpre vulgaire, les lotions sont généralement remplacées avec avantage par les pommades, ou mieux elles sont presque toujours employées concurremment avec elles : dans ce cas, on a recours presque exclusivement aux lotions alcalines.

En résumé, après la gale et le porrigo favosa, dans le traitement desquels ils ont quelquefois une action spéciale, à part la lèpre vulgaire et le psoriasis, où ils peuvent toujours être employés sans inconvénient, à part les cas de prurit sans éruption et de certaines formes papuleuses (le prurigo) avec démangeaison, où ils sont souvent d'une utilité incontestable, les topiques liquides n'ont qu'une efficacité peu constante ; l'opportunité de leur application est difficile à apprécier dans la plupart des maladies de la peau, dans l'herpès, l'eczéma, l'acné, le sycosis, l'impétigo, le lichen; ils sont inutiles ou nuisibles quand ces diverses éruptions sont à l'état aigu, et aussi dans le traitement de l'ecthyma et des exanthêmes.

Comme les pommades, et plus encore que les pommades, les topiques liquides ne sont en général que des accessoires dans la thérapeutique des maladies de la peau.

(*La suite à un prochain numéro.*)

BIBLIOGRAPHIE.

HISTOIRE ET CRITIQUE
DES DOCTRINES
DES MALADIES DE LA PEAU,
CONSIDÉRÉES PARTICULIÈREMENT SOUS LE RAPPORT DE LA GÉNÈSE DES FORMES ÉLÉMENTAIRES;

par le doct. J. ROSENBAUM.

(Halle, 1844. — 109 pages in-8°.*)

TRAD. DE L'ALLEMAND PAR LE D[r]. CH. DAREMBERG,
Bibliothécaire de l'Académie royale de médecine, médecin du bureau de bienfaisance du douzième arrondissement.

Les anciens, distingués par un esprit d'intuition élevé et fidèle de la nature, considéraient les maladies cutanées, en tant qu'elles n'avaient pas été produites par des influences extérieures agissant directement, et qu'elles n'étaient pas accompagnées d'élevures au-dessus du niveau de la

* Le travail dont nous publions aujourd'hui la traduction a été inséré d'abord, par son auteur, dans l'*Encyclopédie* de Schmidt. Nous avons cru intéresser nos lecteurs en leur faisant connaître un écrit où sont résumées et le plus souvent jugées les diverses doctrines émises sur les maladies de la peau. M. Rosenbaum s'est surtout attaché aux auteurs étrangers à la France; et ce qui est peut-être un défaut dans son livre, considéré en lui-même, devient une qualité pour des lecteurs français, peu familiarisés avec les productions d'outre-Rhin. Nous ne prétendons pas que tout, dans ce travail, soit irréprochable et doive être admis sans vérification et examen ultérieurs, mais on reconnaîtra qu'il présente des données historiques satisfaisantes sur le sujet, et qu'il offre en même temps des recherches ingénieuses qui ne devront certainement pas être négligées quand le temps sera enfin venu de songer sérieusement à une classification rigoureuse des affections cutanées. Si on compare le texte à notre traduction, on trouvera que nous ne nous sommes pas attachés à le reproduire littéralement; nous avons fait disparaître des longueurs, élagué des citations, resserré les raisonnements; nous avons surtout cherché à rendre aussi claire, aussi compréhensible que possible une exposition dont le défaut (M. Rosenbaum nous permettra cette critique) est d'être assez souvent obscure, moins sans doute, par le fond que par la forme qui est un peu trop négligée, et qui a rendu parfois cette traduction extrêmement difficile; nous craignons même que cette difficulté n'ait exercé une mauvaise influence sur la manière dont nous avons rendu notre texte.

peau, comme des *fleurs*, des efflorescences (*Exanthemata efflorescentiæ cutis*) (1), ayant leur germe, leur racine dans l'intérieur de l'organisme. Convaincus qu'il fallait surtout s'occuper des racines, ils ne songèrent guère à l'observation des fleurs. C'est à cette cause qu'on doit attribuer leurs termes si vagues et leurs descriptions si incomplètes des altérations de la peau. Aussi l'étude de leurs ouvrages est-elle peu familière aux dermographes modernes; rebutés par des difficultés plus apparentes que réelles, ils se sont peut-être trop hâtés de déclarer qu'il n'y avait aucun avantage à retirer de la lecture des anciens pour la science des maladies de la peau. En véritables humoristes, les *Hippocratistes* (2), regardant les maladies de la peau comme des *apostases*, des *rheumata* (flux), ne les distinguèrent que selon les différentes altérations des humeurs, surtout de la bile et du phlegme, qui pour eux en constituaient la base.— Les successeurs d'*Hippocrate*, et particulièrement les Alexandrins, s'écartant bientôt de l'étude approfondie des rapports intérieurs, ne dirigèrent leur attention que sur les rapports extérieurs; c'est pour cela qu'on trouve dans leurs écrits des descriptions assez complètes et précises des formes que revêtent les maladies de la peau. Le lichen, le psoriasis, le sycosis, l'éléphantiasis sont très-bien décrits dans *Celse* (3), qui évidemment a puisé dans les écrits sortis de l'école d'Alexandrie; toutefois depuis plusieurs siècles les différentes formes de la lèpre avaient été étudiées avec beaucoup de soin sous le rapport diagnostique par les Orientaux, surtout par les Hébreux. *Galien* (1), qui s'appliqua particulièrement à rétablir la pathologie humorale dans ses anciens droits, regardait les maladies de la peau comme engendrées par l'une ou l'autre humeur, qu'un mouvement critique portait du centre à la circonférence; aussi ne s'attache-t-il nullement à la description des formes; il les désignait d'une manière générale sous le nom de *tumores præter naturam*, παρὰ φύσιν ὄγκοι, et il a même écrit sous ce titre un traité particulier. Aussi les premiers ouvrages spéciaux publiés, soit au moyen âge, soit à la renaissance, portaient-ils ordinairement le titre de *de Tumoribus præter naturam* (2). Sous le rapport du traitement des différentes espèces, *Galien* ne songeait guère qu'à rassembler le plus grand nombre possible de formules.

Les Arabes s'écartèrent très-peu de ses vûes : l'apparition de la variole et de la rougeole, quoique assez exactement décrites, n'exerça aucune influence sur la doctrine des affections de la peau; il en fut de même des maladies cutanées qui se présentèrent en si grand nombre à l'observation au XVe et au XVIe siècles; elles n'eurent d'autres résultats que de provoquer des ouvrages spéciaux. Ce fut précisément à partir de cette époque, que la science des maladies de la peau fut de plus en plus isolée du reste de la pathologie par suite d'un attachement servile à la lettre morte des médecins grecs et latins; les termes anciens furent adaptés aux maladies

(1) *Dorl, Jo. Georg*, diss. s. rudimentum exanthematologiae ejusque section. I et II, Jenæ, 1791, 65 p. in-8. Contient un bon examen critique mais incomplet des termes usités par les anciens. Voir *E. L. W. Nebel*, Antiquitates morborum cutaneorum. Diss. Giessæ, 1793, 32 pages. in-4°.

(2) *Wigerus Hendericus Idzerda :* Specimen medicum inaugurale, continens doctrinam de morbis cutaneis secundum Hippocratem. Groning, 1838, 42 p. in-8. — *C. Sprengel*. Des notions d'Hippocrate sur l'exanthème; dans *Baldinger's* neues Magazin, vol. VIII, p. 375-378. — Le traité d'Hippocrate : *de glandulis* (éd. Kuehn, vol. 1 p. 493) contient un passage fort intéressant sur les rapports des glandes avec les cheveux, les poils, et vice versa : « Les glandes se trouvent dans les régions humides; où il y a des glandes, il y a des poils; dans les régions sèches, il n'y a ni glandes ni poils. » — Ces paroles se rapportent évidemment à la tête, aux régions axillaires et inguinales où se trouvent les glandes lymphatiques les plus considérables. — Sur les apostases de la peau, voir aussi Hippocr. *Epidem*. II. (Éd. K. vol. 3, p. 432).

(3) Le passage suivant (lib. V, cap. 18, g.) est fort intéressant : Φῦμα vero nominatur tuberculum, furunculo simile, sed rotundius et planius, sæpe etiam majus Ubi divulsum est, pus eodem modo at in furunculis apparet; *ventriculus, qui in furunculo, non invenitur*. Potius itaque ad abcessus φῦμα et referendum est, in quibus *saccus proprius* deficit.

(1) Voir, entre autres passages, Com. II in Epid. VI, § 33, vol. 17¹, p. 959, sqq, éd. de Kuehn.

(2) Ainsi on trouve : Ingrassias *de Tumoribus præter naturam*. T. I. Neapol, 1553 fol. (Il n'existe que le premier vol. de cet ouvrage). — Jac. Rueff, *libellus de tumoribus quibusdam phlegmaticis non naturalibus*. Tiguri 1556, 59 p., 4°, avec des gravures sur bois, imprimées dans le texte.—Dom. Leo, *Methodus curandi febres et tumores præter naturales*. Bonon. 1562, in-8. — Faloppio, *de Tumoribus atque ulceribus præternaturalibus*. Venet. 1563, 4°.

Je me propose de publier dans ce journal une histoire des maladies de la peau d'après les médecins grecs et latins. N. du Tr.

nouvellement observées ; mais ce fut là tout, ou du moins on n'ajouta que des divagations scolastiques empruntées aux Arabes et aux Arabistes. Les ouvrages de *Mercuriali* (1) et de *Hafenreffer* (2) montrent assez quel vague, quel défaut de précision présidait à la description et à la dénomination des espèces ; il en était alors du mot *lèpre* comme il en fut plus tard chez nous des expressions *herpes* et *dartre*, qui désignaient un grand nombre d'affections chroniques et dyscrasiques de la peau, fort différentes en réalité et qui n'avaient de commun que leur incurabilité apparente.

L'atrabile, le phlegme et l'acrimonie restèrent les causes premières de toutes les maladies de la peau. Celles d'entre elles qui étaient accompagnées de fièvre, ne pouvant guère être expliquées par le même principe, furent placées dans une catégorie à part ; on les appelait *exanthèmes* par excellence, et on les laissa dans le domaine de la pathologie interne ; tandis que les affections chroniques furent, comme maladies externes, assignées aux chirurgiens ; mais comme cela se voit encore de nos jours, ils s'occupaient bien plus à trouver des formules pratiques qu'à approfondir la pathologie de ces affections.

Riolan est, à ce qu'il paraît, le premier qui ait essayé d'utiliser la forme extérieure des maladies de la peau pour les diviser en trois classes ;

1. *Pustules* (prurigo, psore, lèpre, impetigo, psydracia, combustion).

2. *Difformités* (taches, calvitie, phthiriasis).

3. *Tubercules* (verrues, clous, condylomes).

Cette division, toute défectueuse qu'elle est, mérite toutefois d'être appréciée comme premier essai de réforme de la dermopathologie.

Mais ce qui exerça surtout une grande influence sur les développements scientifiques de cette branche de la médecine, ce fut le progrès de l'anatomie de la peau, et surtout la découverte et l'étude des glandes (*follicules*) sébacées par *Malpighi* (1), *Morgagni*, (2) *Boerhaave* (3) et *Abr. Kaaw* (4) ; dès lors on commença à reconnaître que plusieurs maladies de la peau consistaient en une affection de ces glandes.

Ainsi *Morgagni* enseigne que les *furfures* et les *squames* ne sont autres choses que du *smegma* desséché. Le passage suivant montre assez qu'il appréciait à sa juste valeur la découverte des follicules sébacées : (IV, 32.) *Sed ne quas singulæ afferunt utilitates enumerando longiores simus, quas omni cuti universæ afferunt præstabit indicare, ex quibus non difficile erit intelligere ad cutaneorum affectuum generationem curationemque illustrandam, harum quoque glandularum notitiam haud mediocriter pertinere.*

Le grand *Boerhaave* entre dans de plus grands détails, en tâchant de prouver contre *Ruysch*, à l'aide de la pathologie, la vérité des découvertes faites par *Malpighi*. On peut lire cette discussion dans ses *Opuscula*, p. 70 et suiv., mais il serait trop long de la transcrire ici. Si *Boerhaave* avait voulu mettre à profit ses connaissances précises pour établir sur elles des principes généraux, la dermopathologie aurait subi une transformation complète. Son neveu *Kaaw* paraît n'avoir étudié ces découvertes que dans leurs rapports avec la physiologie ; aussi son ouvrage offre-t-il beaucoup d'intérêt à ce point de vue ; mais on n'y trouve absolument rien pour ce qui regarde la pathologie. Du reste si les données nouvelles sur la structure de la peau ne trouvèrent pas alors dans le monde médical tout l'accueil qu'elles méritaient, la cause en doit être attribuée à *Fr. Ruysch*, qui contestait avec la plus grande opiniâtreté à *Malpighi* et à *Boerhaave* le caractère glanduleux des cryptes sébacées et leur existence sur toute la face externe de la peau, en les représentant en partie comme des papilles à l'état pathologique, en partie comme dégénérescence des extrémités des vaisseaux. On peut voir cette discussion dans la réponse

(1) De morbis cutaneis et omnibus corporis humani excrementis tractatus. Opera Pauli Aicardii. Venet. 1572, 1601, 4°.

(2) Nosodochium, in quo cutis eique adhærentium affectus omnes singulari methodo et cognoscendi et curandi fidelissime traduntur, Tubing, 1630, in-8 ; edit nov. Ulm, 1660, in-8.

(1) Opera posthuma, fig. æn. illustr. Lond., 1697, fol. ; Venet. 1698, fol. ; Amstelod. 1698, 4 ; 1700, 4. ; Venet. 1743, fol.

(2) Adversaria anatomica, I, 12 ; IV, 32, 33.

(3) Epistola de fabrica gland. in corp. humano ad Ruyschium. Leydæ, 1722. Hagæ Com., 1738, 4 Paris, 1752, 8. Venet. 1757, 4, et opusc. omnia. Hagæ Com. 1738, p. 68-83.

(4) Perspiratio dicta Hippocrati, per universum corpus anatomice illustrata, Lugd. Batav, 1738, in-8.

de *Ruysch* à la lettre de *Boerhaave* (1).

Telle fut l'autorité de *Ruysch*, que ses vues seules prédominèrent pendant longtemps; les anatomistes, les physiologistes et les médecins les plus distingués, même des temps modernes, les adoptèrent. Ce fut ainsi que les idées vraies et fausses sur les maladies de la peau furent confondues pendant longtemps, jusqu'à ce qu'enfin la mauvaise doctrine prit le dessus, grâce aux efforts de *Willan* et de *Bateman*.

Toutefois ce serait une erreur de croire que les opinions de *Boerhaave* ne se soient en aucune façon propagées, et qu'aucun des médecins qui les connaissaient n'ait tâché d'en tirer parti pour donner une plus grande extension au principe de la génèse individuelle des affections de la peau. Le savant *Astruc* (2) prouve de la manière la plus évidente qu'il avait su mettre à profit les nouvelles découvertes de *Malpighi* pour la pathologie d'un grand nombre de ces affections qu'il rangeait parmi les tumeurs dans le sens de Galien. En parlant de l'érysipèle (I. p. 234), il donne une description générale de la structure anatomique de la peau, dans laquelle il distingne l'épiderme, la membrane muqueuse et la *cutis* ou derme; puis les glandes sudoripares (glandes cutanées, *glandulæ miliares*), les glandes sébacées, les follicules pileux et les papilles nerveuses. Quoiqu'il paraisse confondre les glandes sudoripares avec les glandes sébacées (erreur commise encore de nos jours), et ne regarde point les pores comme les orifices des glandes sudoripares, on ne lira pas sans intérêt les passages suivants relatifs au *furoncle* : (I, p. 87.) « Le clou est rond, il a une cavité sphérique, il s'ouvre ordinairement par un seul trou; enfin le clou contient toujours un bourbillon plus ou moins gros. *Il faut donc que la partie de la peau, qui est le siége du clou, soit une glande* qui ait une cavité sphérique et qui soit naturellement destinée à séparer une humeur visqueuse propre à donner lieu à la génération du clou. Toutes ces qualités se trouvent réunies dans les glandes sébacées, dont la peau se trouve parsemée en différents endroits du corps, et elles ne se trouvent réunies que dans ces glandes; il faut donc conclure que ces glandes sont le véritable siége du clou. Il suit de là : 1° Que les clous doivent appartenir en propre à la peau, puisque les glandes sébacées qui en sont le siége, sont placées dans l'épaisseur de la peau; 2° qu'ils doivent être principalement communs sous les aisselles, aux fesses, autour du fondement et des parties génitales, autour du col, etc., parce que les glandes sébacées abondent principalement dans ces endroits. » — P. 91 : « Comme il y a des glandes sébacées plus enfoncées dans la peau et d'autres plus superficielles, il doit y avoir aussi des clous plus enfoncés et d'autres plus éminents; ce qui peut venir aussi de la conformation de la glande sébacée qui doit plus s'enfler en dehors, et par conséquent s'élever davantage, si la partie extérieure est plus mince et plus dilatable, et qui doit au contraire s'enfoncer davantage et produire un clou plat, si son extrémité intérieure est plus mince et plus facile à dilater. » — P. 96 : « Les clous qui dépendent d'une *humeur vérolique ou scorbutique mêlée avec l'humeur sébacée*, ont le même danger que la vérole et le scorbut. »

De même que *Boerhaave*, *Astruc* regarde *l'orgelet* qui attaque le bord des paupières comme une affection des glandes sébacées. (p. 102). Dautre part, il prend avec Etmuller les *comedones* (p. 122) pour des vers : opinion blâmée à raison par son traducteur allemand *Rumpelt*.

Astruc (p. 132), nous représente encore la *dragonneau* ou *veine de médine* sous la forme d'un petit ver imperceptible qui pénètre sous la peau à travers les pores, qui s'y nourrit et y grossit jusqu'à ce qu'il soit en état de chercher à en sortir. Il en est de même des *niguas* ou *chiques*, maladie particulière aux Espagnols et si commune dans les îles de l'Amérique. Astruc place le siége de l'antrax dans les *glandes miliaires*, terme par lesquels il désigne les glandes sudoripares qu'il confond, ainsi que nous l'avons dit plus haut, avec les glandes sébacées.

Les dartres (p. 272) ne sont point, à ses yeux, des affections des glandes cutanées (gl. miliaires de la peau), mais des cellules de la membrane muqueuse.

Quant à *la gale* (p. 293), il déclare « qu'on a raison de la placer aux extrémités des canaux excrétoires des glandes miliaires,

(1) De fabrica glandularum ad Boerhav. responsor. epist. Amstelod. 1722, 4; recus. in Boerhav. opp., p. 81-97.

(2) Traité des tumeurs et des ulcères. Paris, 1759, 2 vol. in-12.

dans l'endroit même où ces canaux se terminent à l'épiderme; car, dit-il, les maladies différentes doivent avoir des siéges différents. »

Nous supprimons les détails dans lesquels l'auteur entre, pour appuyer sa théorie de la genèse de la gale; ce que nous avons dit suffit pour montrer dans quelle voie marchait Astruc.

Il place *l'ecthyma*, *l'érythème urticaire*, dans les glandes miliaires; les *sudamina* à l'extrémité de leurs canaux excréteurs; la *couperose* dans les glandes sébacées. L'auteur explique par les différents degrés d'altération de ces glandes et de l'humeur qu'elles contiennent les divers degrés de la couperose *simple*, *variqueuse*, *tannée*, *écailleuse*, *pustuleuse* ou *ulcérée*, *chancreuse*. Les *croûtes laiteuses*, les *boutons* du visage ont pour lui le même siége.

(P. 381) « La teigne a été jusqu'à présent mal connue, poursuit *Astruc;* on l'a placée dans la peau de la tête d'une manière vague, mais il paraît démontré que cette maladie a son siége dans les bulbes ou capsules qui enveloppent les racines des cheveux, et que ces bulbes ou capsules se trouvent ulcérés plus ou moins dans toute sorte de teigne. C'est dans les cavités de ces capsules des cheveux que nous croyons devoir établir le siége de la teigne, etc. » Nous renvoyons pour les développements à l'ouvrage lui-même.

Enfin en parlant du *malum mortuum* et de la *talpa*, l'auteur prouve que le siége en est dans les glandes sébacées.

A peu près vers le même temps l'auteur anonyme des *Tractatus duo pathologici* (1) s'exprime de cette manière (II, p. 292.) :

« *La lèpre des Grecs* se déclare par des pustules qui se montrent sur la peau, parce que les glandes cutanées, obstruées par la lymphe visqueuse, produisent de petites tumeurs fort dures.» — Je passe les explications.

II, 272. « L'*Herpes simplex* ou *miliaris*, couvert de petites squames pour la plupart blanchâtres, a son siége dans les glandes cutanées miliaires. »

Mais ce ne sont là que des traits épars de lumière; car le même auteur, en parlant de la *gale*, dit, II, p. 260 : « Il y a à la peau une éruption de pustules petites, minces et en même temps rougeâtres, *parce que le sang s'accumule aux extrémités des artères de la peau; ces petites artères sont très-minces; c'est pour cela qu'elles s'élèvent en forme de tumeurs minces* : » théorie que *Ruysch* défendit également et que la plupart des dermopathologues de nos jours même ont en quelque sorte adoptée, lorsqu'ils attribuent aux vaisseaux capillaires la formation des tubercules, pustules, etc.

Daniel Turner (1) n'ignorait pas les découvertes de *Malpighi* ; il le prouve dans l'introduction de son ouvrage; pourtant ses idées manquent de clarté, et il paraît que c'est à *John Drake* (2) seul qu'il est redevable de tout ce qu'il sait des maladies de la peau, comme affections des glandes; mais, comme celui-ci, il confond les glandes sébacées avec les glandes sudoripares et attribue aux unes ce qui appartient aux autres (3): Ainsi, en parlant des poils (p. 329), il dit : « Une conformation vicieuse *des pores par lesquels ils passent* peut de même causer leur chute, etc. » Il désigne aussi (p. 98) les glandes sudoripares comme siége de la gale et (p. 358) de la teigne maligne; probablement en suivant, comme nous venons de dire, les idées de *Drake*, dont il cite les vues, il dit relativement à la variole (p. 169) : « La matière morbifique est expulsée par les pores. Car ce qui agit dans cette maladie, c'est l'eau salée du sang qui, par une fièvre occasionnelle, est introduite en grande quantité *dans les glandes cutanées.* »

Voici d'après *Drake* pourquoi la variole n'atteint pas deux fois la même personne (p. 175).

(1) Tractatus duo pathologici nunc primum in lucem editi, auctore medico Monspeliensi in praxi felicissimo. Tractatus *primus* de morbis puerorum. Amstelod. 1760, p. 328. 8°. Tractatus *secundus* de morbis cutaneis. Amstelod. 1760, p. 351. 8°.

(1) De morbis cutaneis. A treatise of diseases incident to the skin in two parts. With a short appendix concerning the efficacy of local remedies and the manner of their operations. London, 1714, 8°. La troisième édit. revue et augmentée, London, 1827, 8°. Trad. franç., Paris, 1743. 2 v. 8°. Trad. allemande, Altenburg, 1766, 820 p., 8°.

(2) Anthropologia nova, or a new system of anatomy, describing the animal oeconomy and a short rationale of many distempers incident to human bodies. London, 1717, 2 vol., 8°, 2me édit. London, 1737, 3 vol. 8°.

(3) Quelques anatomistes modernes ont pensé que l'orifice de sortie de poil était le même que celui du follicule sébacé. Des recherches plus précises semblent établir qu'il n'y a qu'une connexion intime entre le follicule sébacé et le follicule pileux.

N. du Tr.

« Je pense que le changement de la peau qui s'opère à tout âge dans cette maladie, doit être regardé comme la véritable cause par laquelle elle n'affecte point une seconde fois le même individu. Car les glandes et les pores se distendent alors tellement, qu'elles ne recouvrent jamais leur ancienne élasticité ; de sorte qu'elles ne peuvent jamais retenir, à une nouvelle éruption de la maladie, assez de matière pour donner origine à ces vésicules purulentes qui forment le signe caractéristique de la variole (*). »

Il sera facile de trouver dans les dissertations et les ouvrages de pathologie et de thérapeutique publiés jusque vers le milieu du dix-huitième siècle, des traces des doctrines de *Malpighi* et de *Boerhaave* ; mais aucun des auteurs ne les a si bien comprises, et n'en a fait une application si étendue qu'*Astruc*, et, plus tard, *Van den Bosch*, dont l'ouvrage fut publié il y a soixante ans.

Lorry (1) lui-même partage le défaut de clarté qui caractérise à cette époque les cours et les ouvrages d'anatomie sur les organes glanduleux de la peau. Ainsi il prend les vésicules, les pustules, etc., tantôt pour des dilatations des vaisseaux, tantôt pour des distensions et des affections des glandes cutanées. Malgré ce défaut, son ouvrage tient encore maintenant une place honorable dans la littérature de la dermopathologie. M. *Rayer* déclare même qu'il contient une foule de matériaux dont les auteurs modernes n'ont pas su tirer assez de parti. Ce fut *Lorry* qui sépara le premier d'une manière plus profonde et plus précise qu'on ne l'avait fait avant lui les maladies idiopathiques de la peau, des maladies deutéropathiques, en distinguant encore ces dernières en critiques et symptomatiques. Dans de nombreux passages il définit les glandes cutanées comme des conduits excréteurs des humeurs vicieuses, dans le sens des anciens, et c'était sur ces prémisses qu'il basait une thérapeutique assez rationnelle pour son époque. Il n'entre guère dans les détails de la genèse des formes, dites élémentaires des maladies de la peau, des papules, des pustules, des vésicules, etc. ; aussi est-il très-vague à l'égard du siége de ces maladies; il est très-explicite au contraire quand il expose les influences extérieures et intérieures qui provoquent les affections de la peau ; il traite en même temps avec beaucoup d'attention les nombreux rapports sympathiques de cet organe. Émanées d'un point de vue éminemment pratique, ses vues de pathologie et de thérapeutique générales se répandirent bientôt parmi les praticiens et se maintinrent dans leur autorité jusques au commencement de notre siècle. Cependant les médecins ne firent en général guère attention à ce qu'il enseigne des glandes sébacées, et sa doctrine tomba enfin tout à fait dans l'oubli, quand la pathologie humorale dut céder le pas au solidisme renaissant.

Le même sort échut aux doctrines de *C. L. Hoffmann* (1), qui, ne connaissant point les résultats des recherches de *Malpighi*, de *Boerhaave* et d'*Astruc* (ses professeurs d'anatomie et de physiologie ayant été partisans de *Ruysch*), avait néanmoins établi, en 1770, par l'observation pratique, que la variole consiste dans une affection des glandes sébacées; seulement il eut le tort d'appeler ces glandes, *glandes de la variole*; il s'ensuivit en effet qu'en rejetant le nom on rejeta en même temps la théorie ; toutefois *Cotunni* (2), après s'être convaincu (en 1771) de la vérité de l'opinion d'Hoffmann, la confirma encore, en publiant à ce sujet un ouvrage orné de planches explicatives.

Si la doctrine de *H. Van den Bosch* (3)

(*) Cette théorie est aussi fausse que le fait qu'elle sert à défendre, car il est reconnu que la variole peut très bien affecter deux fois la même personne; la science présente plusieurs exemples de ces récidives; j'en ai moi-même observé plusieurs cas, dont un mortel, à l'hôpital de Dijon, pendant une épidémie de petite vérole. L'individu mort de récidive portait sur les deux bras les marques évidentes de *vaccine vraie*. N. du Tr.

(1) *A. C. Lorry*. Tractatus de morbis cutaneis. Paris, 1777, 4°. Traduction en Allemand, par C. F. Held. Leipzig, 1779, vol. 1, p. 748. p. vol. 2, 515. p.

(1) Abhandlungen von den Pocken (Traité de la variole). 1er vol. Munich et Hamm., 1771, 8°, p. 187 seqq.; 2e vol., Mayence et Munster 1789, 8., p. 115 seq.

(2) De sedibus variolarum σύνταγμα Vienne, 1771, 8, p. 264 sqq.

(3) Theoretische und praktische Bemerkungen uber das Muskelvermoegen der Haargefaesschen, nebst einigen Anwendungen denselben zur Erklaerung einiger Erscheinungen in dem gesunden und kranken thierischen Koerper, Münster et Osnabrük, 1786, 383, p. 8°.

(Observations théoriques et pratiques sur la muscularité des vaisseaux capillaires : celle-ci servant en même temps à expliquer plusieurs phénomènes de l'économie animale à l'état normal et pathologique.)

n'eut également aucun retentissement, c'est que son ouvrage ne fut lu que par un petit nombre de médecins. Il est difficile de savoir d'une manière précise, par la lecture de ce livre, s'il a connu les travaux de ses prédécesseurs; il nous semble toutefois reconnaître qu'il est parvenu aux résultats qu'il expose par ses propres recherches, faites surtout sur le vivant, et, comme il le donne à entendre, sur lui-même.

Après avoir fait ressortir la ressemblance qui existe entre les glandes sébacées et les glandes des membranes muqueuses (p. 277), il s'exprime de la manière suivante (p. 278):

« Quand les canaux excréteurs des glandes sébacées sont obstrués par la poussière, la crasse, ou le contact d'un air excessivement froid ou même chaud, la matière cérumineuse (*sebum*) épaissie, desséchée, s'accumule dans les glandes, les distend, irrite les vaisseaux capillaires dépourvus de sang et plus sensibles, et développe en eux une activité anormale; la matière qui se trouve dans les glandes s'atténue, puisque les veines moins irritables ne peuvent plus absorber tout le liquide amené par les artères dont l'activité augmente; elle prend alors l'apparence du pus. En exprimant la glande à l'époque où le dégré d'irritation n'est pas encore considérable, on voit la douleur insignifiante qui s'est déjà manifestée, et la tumeur disparaître. Mais quand cela n'a pas lieu, l'irritation se propage jusqu'aux vaisseaux sanguins; l'inflammation et la suppuration s'en suivent, la vésicule étant détruite, le pus se mêle alors avec la matière contenue dans la glande, et il se forme ce qu'on appelle une *pustule*. Ces pustules se montrent le plus souvent au visage, où les causes d'obstruction sus mentionnées agissent principalement. On verra facilement qu'un surcroît d'irritation du système nerveux et une circulation activée doivent accélérer la naissance de ces petites tumeurs inflammatoires; de même qu'une contre-irritation pourra les empêcher de naître et même les faire disparaître dans le cas où elles existeraient, avant toutefois qu'elles aient passé à l'état de suppuration. Ainsi un purgatif rafraîchissant pourra éloigner un grand nombre de ces pustules, résultat de l'obstruction des glandes sébacées et provoquées par exemple à la figure par l'échauffement, par l'abus des spiritueux, par un exercice trop violent, etc. Je suis à même de prédire, d'après le degré de la tumeur d'une glande sébacée obstruée, siégeant sur une partie quelconque de mon corps, si elle s'enflammera ou non par suite d'une irritation occasionnelle quelconque. »

C'est à cette accumulation de matière dans les glandes sébacées que *Van den Bosch* attribue la formation des tumeurs appelées *stéatomes*, *mélicéris* et *athérome*. Suivant que les causes déterminantes de l'accumulation, ou que les influences secondaires sont plus ou moins irritantes; suivant que le sujet lui-même, ou seulement la partie malade est plus ou moins sensible, la tumeur est primitivement stéatome, athérome, méliceris, ou passe secondairement d'un de ces états à un autre.

« Les stéatomes, il est vrai, continue notre auteur, se montrent quelquefois sur des régions du corps où il n'y a point de glandes sébacées, mais il faut bien reconnaître qu'on les observe le plus souvent là où se trouvent ces glandes, et surtout où elles sont toujours exposées au contact de l'air et à toutes les causes qui peuvent amener l'obstruction. Ainsi elles se rencontrent fréquemment à la figure, sur la nuque, et aux paupières où les glandes de Meibomius s'obstruent et se gonflent. Il importe donc beaucoup à la santé de l'homme que la peau soit nettoyée, lavée et légèrement frictionnée le plus souvent possible. C'est ainsi que la poussière et d'autres immondices qui obstruent les canaux excréteurs des glandes sont enlevées, que ces canaux, de même que les parois des glandes, sont stimulés et rejettent la matière qui y est contenue. Mais si cette matière est déjà trop desséchée et si les glandes sont déjà très-distendues, il faut, en comprimant, avec les ongles des deux pouces, la glande, et non le canal, exprimer la matière retenue et ainsi ouvrir le canal. Cette matière se montrera alors sous la forme d'un ver (les *comedones* de certains auteurs) : cette tête est l'extrémité du corpuscule qui, ayant été en contact avec l'air, est noircie par la poussière et la crasse.

« Pour faire disparaître les tumeurs considérables, et en même temps empêcher qu'elles ne se régénèrent, on doit les enlever avec leur kyste; ou quand cela est impossible, à cause de la grosseur et de la

situation de la tumeur, la peau qui les entoure, doit être entièrement détruite. Car si la moindre parcelle en reste, les vaisseaux sécréteurs qui s'y trouvent, continueront leur action, et par conséquent renouvelleront la tumeur ; l'expérience en fait foi.

« Je pense, continue *V. d. Bosch*, que toutes les éruptions de la peau *qui consistent en de petites tumeurs inflammatoires discrètes, ne sont rien autre chose que les glandules sébacées ou les follicules pileux enflammés*. Les bulbes sont plantés dans la peau suivant un certain ordre, c'est-à-dire en rangs parallèles ; où les cheveux sont longs et forts, les bulbes se trouvent à une plus grande profondeur ; au contraire, où les cheveux sont courts et fins, les bulbes sont plus rapprochés de la surface de la peau, et soulèvent en petits hémisphères l'épiderme, surtout aux parties où elle est très-mince et délicate. Ces élevures sont toujours visibles chez des personnes dont l'épiderme est très-tendu, par exemple chez des femmes irritables et nerveuses ; chez d'autres, on ne les voit qu'après que la peau a été contractée spasmodiquement par le froid ou par un ébranlement quelconque du système nerveux. En observant souvent et soigneusement la *chair de poule* (cutis anserina), j'ai toujours vu qu'il s'y élevait du centre de chaque hémisphère un poil, souvent très-fin et court, ou du moins le bulbe, quand le poil a été arraché par une cause mécanique quelconque. C'est pour cette raison que le cautère actuel ne suffit pas toujours pour guérir radicalement l'ectropion, et qu'il faut recourir à l'excision si douloureuse du bord de la paupière.—Sur tout le corps, à l'exception de la plante des pieds et de la paume de la main, à côté de chaque poil, s'ouvre le canal excréteur d'une glande sébacée; il faut donc que les bulbes pileux contiennent encore une telle glande. Il m'a manqué jusqu'à présent une bonne occasion et des instruments pour examiner à fond la structure de ces bulbes ; car il y a encore, j'en suis sûr, quelque chose à découvrir dans ces petits corps. (p. 289.)

« Au scrotum, où la peau est délicate, sensible et lâche, et où les poils sont plus forts, les bulbes sont saillants; les glandes qui s'y trouvent renfermées s'obstruent très-facilement. J'en ai souvent enlevé au moyen d'une épingle; quand elles étaient obstruées et gonflées, elles avaient alors la forme de petites tumeurs enkystées; le bulbe pileux, présentant en même temps tout à fait l'apparence d'une glande, était rempli de matière sébacée (1). En observant attentivement la peau couverte d'une éruption générale ou de quelques pustules seulement, surtout au début, on verra que les proéminences qui se montrent dans la chair de poule, s'élèvent, s'enflamment et deviennent de plus en plus rouges et grosses; j'en ai vu dans plusieurs cas de petite vérole. Ces tubercules, composés de bulbes pileux et des glandes sébacées, ne passaient pas tous à l'état d'inflammation ; il en restait même beaucoup à l'état normal, entre les tubercules enflammés ; c'est suivant le plus ou moins grand nombre de ces tubercules, restés à l'état normal, que l'éruption est plus ou moins étendue (confluente).

«Pourquoi l'éruption de la petite vérole se montre-t-elle en général plus fréquemment à la figure et aux endroits où la peau se trouve en contact continuel avec l'air, qu'à d'autres parties du corps ? La cause en est simplement, que les glandes sébacées qui s'y trouvent, sont plus souvent obstruées. Le sublimé corrosif dissous dans l'eau n'empêcherait-il pas peut-être la petite vérole de s'attaquer à la figure, puisqu'il dissout la matière épaissie des glandes sébacées, et la force à se décharger ? » (p. 296.)

Nous croyons avoir fait œuvre de justice, en citant d'aussi longs passages du livre de *Van den Bosch;* s'il eût été mieux connu à l'époque où il fut publié, cet ouvrage aurait certainement fait subir à la doctrine des maladies de la peau, la réforme si nécessaire, qui n'a fait que commencer de nos jours.

Le traité de *Retz* (2) est d'une impor-

(1) Moi-même j'ai observé plusieurs fois chez des masturbateurs, à la racine et presque jusqu'au milieu du pénis des obstructions et des dilatations très-nombreuses du canal excréteur commun du poil et des glandes sébacées, de la grosseur et de la forme de lentilles. Le smegma accumulé en sortait facilement par la pression. Assez souvent un poil en spirale se trouvait dans la matière sébacée, surtout dans les cas où deux orifices et deux canaux excréteurs distincts, aboutissaient a un follicule pileux commun. Note de M. Ros.

(2) Des maladies de la peau, de leurs causes, de leurs symptômes, des traitements qu'elles exigent et de ceux qui leur sont contraires. Amsterd., 1785, in-12, 2e éd., 1786, in-12; 3e éd. 1789, 8. — Traduc-

tance très-minime pour les affections cutanées ; l'auteur ne s'est attaché qu'à démontrer l'importance pour ces affections des dérangements de la veine porte et du foie en particulier.

Les idées de *Jackson* (1), basées sur les principes de *Van den Bosch*, passèrent également inaperçues. Pourtant, nous ne saurions omettre sa classification, quoiqu'elle soit très-incomplète. Elle est formée des trois groupes suivants :

1° *Sécrétions vicieuses des glandes sébacées ;*

2° *Etat pathologique des follicules pileux ;*

3° *Etat pathologique des vaisseaux de la peau* (exhalants.)

Pour motiver cette classification, il est rationnel, dit *Jackson*, d'admettre que des parties aussi essentiellement différentes sous le rapport de la structure, de leurs qualités particulières et de leur usage, que les glandes sébacées, les bulbes des cheveux et les vaisseaux exhalants, doivent être également sujettes à des changements qui leur sont propres.—Cependant, la tendance générale qui entraînait alors les médecins à créer des systèmes nosologiques, pour embrasser dans un aperçu général un grand nombre d'espèces des maladies, exerça aussi son influence sur la doctrine des affections cutanées; et ce que *Linné* avait fait pour le règne végétal, *Joseph Jacques Plenk* (2), professeur à l'université de Vienne, essayait de le faire en 1776, pour les maladies de la peau, en publiant une classification qui, à l'exemple, du reste, de celle de son prédécesseur *Riolan*, avait pour base la *forme extérieure* ; toutefois, il n'oublia pas de mentionner que les papules, les tubercules et les pustules, ont leur siége dans les glandes cutanées (3).

Plenk admettait 14 classes des affections de la peau : 1, *maculæ ;* 2, *pustulæ ;* 3, *vesiculæ;* 4, *bullæ ;* 5, *papulæ ;* 6, *crustæ ;* 7, *squamæ ;* 8, *callositates ;* 9, *excrescentiæ cutaneæ ;* 10, *ulcera cutanea ;* 11, *vulnera cutanea ;* 12, *insecta cutanea;* 13, *morbi unguium ;* 14, *morbi pilorum.*

Toutes ces classes furent subdivisées en un grand nombre de genres et d'espèces. *Plenk* doit donc être regardé comme le véritable créateur de la tendance que la dermatologie a prise de nos jours. Mais loin de récolter les fruits de ses efforts, il ne parvint même pas à acquérir la moindre autorité et ce n'est qu'après que son travail fut tombé dans les mains de *Robert Willan* (1) (dont l'ingratitude envers Plenk mérite d'être signalée), que les médecins furent mis à même d'en apprécier le mérite. Malheureusement ce ne fut pas le modeste médecin allemand qui eut à se réjouir d'une gloire légitime, mais le médecin anglais qui sut se l'approprier; non-seulement ce dernier reçut de la Société de médecine de Londres, en 1790, la grande médaille d'or de Fothergell, mais il fut aussi regardé désormais dans toute l'Europe comme le véritable fondateur de la doctrine des maladies de la peau ; sa renommée résista aux puissantes attaques d'Alibert lui-même; il resta avec son collaborateur et successeur *Bateman*, le guide et l'étoile conductrice des médecins de l'Angleterre et du continent.

Willan retrancha entièrement les classes 10 à 14 de *Plenk*, et réduisit le reste d'abord à sept ordres : *papulæ, squamæ, exanthemata, vesiculæ, pustulæ, tubercula, maculæ ;* puis pendant la publication de son ouvrage qu'il ne put achever lui-même, il divisa en deux le 4e ordre, en séparant les bulles des vésicules. *Thomas Bateman* (2) termina cette

tion en allemand, avec des notes, Breslau, 1788 ; 112 p. in-8°, avec une planche.

(1) Dermopathologia nova, or practical thoughts on the pathology and proximate cause of diseases of the true, skin London, 1792, 8°. — Traduit en allemand. Erfurt, 1794, 368, p. 8°.

(2) Doctrina de morbis cutaneis. Vienne, 1776, 8°, 2e édit., augmentée, Vienne, 1783, 136, p. 8. Traduit en allemand par de Wassemberg, Vienne, 1777, 242, p. 8°; 2e édit. Vienne, 1789, 8.

(3) A la page 40, *Pustulæ* : le siége de la matière morbide paraît être ou dans les glandes cutanées ou dans les cellules sous-épidermiques.— P. 41. La cause occasionnelle de la *gale* paraît être un miasme particulier qui s'attaque de préférence aux glandes cutanées. — P. 60. Les *papules* paraissent avoir leur siége dans les glandes cutanées. — P. 63. La cause matérielle de l'*herpes* est une acrimonie bilieuse particulière qui s'est portée sur les gl. cutanées.— P. 65. Le *tuberculum skirrhosum* est l'induration ou le squirrhe de la glande sous-cutanée. — P. 75. La *scabies capitis* (achor) est l'évacuation critique d'une humeur acrimonieuse excrétée pas les glandes du cuir chevelu. — P. 86. Cette matière farineuse ou furfuracée paraît être l'humeur sébacée des glandes de la tête.

(1) Description and treatment of cutaneous diseases. Lond., 1798, 8. Traduction allemande par *Friese*; vol. 1-4, avec planches. Breslau, 1799, 4°.

(2) Practical synopsis of cutaneous diseases according to the arrangement of *D. Willan*. London, 1815, 8°. 8e edit., by Anthony Todd Thomson. London, 1836, 8; trois traductions allemandes. — Traduit et augmenté de notes sur la 5e éd., par *G.*

classification rudimentaire, d'après les papiers posthumes de son maître, et c'est ainsi que le système suivant fut constitué :

1er ORDRE : *Papulæ* (strophulus, lichen, prurigo).

2e ORDRE : *Squamæ* (lepra, psoriasis, pityriasis, ichthyosis).

3e ORDRE : *Exanthemata* (rubeola, scarlatina, urticaria, roseola, purpura, erythema).

4e ORDRE : *Bullæ* (erysipelas, pemphigus, pompholyx).

5e ORDRE : *Pustulæ* (impetigo, porrigo, ecthyma, variola, scabies).

6e ORDRE : *Vesiculæ* (varicellæ, vacciniæ, herpes, rupia (rhypia), miliaria, eczema, aphtha).

7e ORDRE : *Tubercula* (phyma, verruca, molluscum, vitiligo, acne, sycosis, lupus, elephantiasis, frambœsia).

8e ORDRE : *Maculæ* (ephelis, nævus).

Willan, il faut l'avouer, en n'établissant le caractère extérieur des affections de la peau que sur la forme développée de ces affections, suivait un principe beaucoup plus ferme que Plenk, qui désignait chaque degré de développement comme une espèce de maladie en particulier. Cependant *Willan* ne se montra pas toujours si logique qu'on serait tenté de le croire, puisque beaucoup de ses genres ne sont que des degrés différents du développement de la même affection; les ordres eux-mêmes ne se suivent pas d'après les principes généraux établis par lui, ni dans l'ordre génétique. Ceci se voit principalement dans tout le 3e ordre (exhanthèmes), établi d'après le caractère, la nature des affections qui le constituent, et non d'après la forme extérieure; dans cet écart même, l'auteur ne s'est point montré conséquent; car ayant abandonné le principe, il aurait dû, ce semble, ajouter à cet ordre tous les exanthèmes dits aigus : la variole, la varicelle, l'éruption miliaire; ou du moins la scarlatine et l'érysipèle auraient dû être rangés parmi les *maculæ*. Le même blâme atteint le genre porrigo, que *Willan* a désigné d'après le siége qu'il prend à la tête. En considérant la manière dont les ordres se suivent, on ne saurait comprendre pourquoi *Willan* n'a pas, comme *Plenk*, placé les *maculæ* à la tête du système (peut-être était-ce pour ne pas trahir la source où il avait si largement puisé); enfin, pourquoi les bulles et les vésicules ont été séparées par les pustules, et que les bulles elles-mêmes précèdent les vésicules. Le point de départ de *Willan* étant le développement naturel de la forme extérieure, voici l'ordre dans lequel il aurait dû placer les affections de la peau, abstraction faite des exanthèmes: *maculæ*, *papulæ*; puis *squamæ*, *vesiculæ*, *bullæ*, d'un côté, et *pustulæ*, *tuberculæ* de l'autre, comme les formes les plus déloppées des *papulæ*. Sous le rapport des genres, le même arbitraire se retrouve dans cette classification, c'est une conséquence naturelle du peu de soin que *Willan* et ses disciples apportaient à l'étude de l'anatomie et de la physiologie de la peau, que *Plenk* du moins n'avait pas perdues de vue : pour l'école de *Willan*, il n'est nulle part question des idées émises par *Boerhaave*, *Astruc*, *Lorry*, *Hoffmann* et *Van den Bosch*; c'est seulement à l'occasion de l'*acne punctata* que *Bateman* remarque qu'elle est provoquée par l'obstruction des glandes sébacées.

La comparaison la plus superficielle de cette classification avec les ouvrages modernes plus détaillés sur la dermatologie, apprendra qu'un nombre assez considérable d'affections de la peau et de ses dépendances n'ont pas trouvé de place dans le système *Willan-Bateman*; l'ouvrage de *Plenk* même est plus complet sous ce rapport.—La thérapeutique, à son tour, se ressent du point de vue purement empirique du système; comment pouvait-il en être autrement? Y avait-il moyen de parvenir à des indications réelles par une classification exclusivement basée sur la forme extérieure, sans prendre en considération ni le siége ni la nature des affections cutanées, ni leurs rappots avec l'organisme en général?

Malgré ces grands défauts, le système de *Willan* trouva pendant longtemps des sectateurs zélés; l'explication en est facile : le traitement de la plupart des maladies chroniques de la peau fut presque exclusivement, même jusqu'à ces derniers temps, abandonné aux chirurgiens; ne reconnaissant que ce qui est palpable et visible, et traitant tout par des topiques,

Bertrand, Paris, 1820, 8. — En suédois : *Swerts*, afhandling, om hudens sjukdomer after *Willans* system af *Bateman* Stockholm, 1838, 8. (Traité sur les affections de la peau, d'après le système de W. et B.).

ils évitèrent naturellement tout ce qui aurait dû les amener à des considérations physiologico-pathologiques; ce qui devait leur être d'autant plus facile, que la pathologie humorale avait déjà fait place au solidisme et que la constitution inflammatoire, prédominant plus tard, leur fit envisager les affections de la peau comme n'étant que des affections inflammatoires de cette membrane. Bref, ce fut le diagnostic objectif, en apparence si facile à saisir, des formes en particulier, — car il n'exige guère que des yeux et de la mémoire, — qui valut au système de *Willan*, non-seulement les suffrages des empiriques et des nombreux médecins à qui la grande quantité de formules qu'ils ont apprises par cœur tient lieu de science, mais aussi de médecins savants et vraiment praticiens qui se contentaient de ce qui leur était offert, surtout à une époque où, en général, la source du diagnostic objectif était le mot d'ordre et en même temps le but que se proposait l'amour-propre (1).

Comme il arrive rarement au médecin de voir lui-même toutes les formes différentes des affections de la peau, chose essentiellement nécessaire pour celui qui veut savoir en faire le diagnostic d'après le système de *Willan*, il était fort naturel que cet auteur reconnût la nécessité de venir en aide à ses élèves et lecteurs en publiant des gravures représentant toutes les différentes formes de ces maladies, tâche qui fut continuée par *Bateman* (2) et *Foriep* (3), auxquels se joignirent plus tard *A. J. Thomson* (1), *Fr. J. Behrend* (2), *Rob. Willis* (3), et avant tous *Alibert* (4).

Mais les ouvrages de tous ces auteurs ne sont que d'une importance très-secondaire pour l'étude scientifique des maladies de la peau; peut-être même qu'au lieu de l'avancer, ils lui ont été préjudiciables. Dans ces derniers temps, on a composé pour le même but des préparations de cire, dont le docteur Addison, à Londres, possède une belle collection qu'il emploie dans ses cours (*Froriep's Notizen*, 1837, n° 71, pag. 80) (5).

Le même besoin qu'on éprouvait de posséder un aperçu général a donné naissance aux différentes *tables* des maladies de la peau, publiées par *Klaatsch* (6), *Schriever* (7), *F. A. B. Puchelt* (8), *Isensee*, etc.

Les successeurs de *Willan*, et en particulier *Biett*, *Cazenave*, *Schedel* (9) et *Rayer* (10), s'efforcèrent de remédier aux

(1) *Ch. Martins* (Les principes de la méthode naturelle appliqués à la classification des maladies de la peau. Paris, 1834) s'est, en effet, efforcé de prouver que le système de *Willan*, modifié par *Biett*, est un système bien plus *naturel*, que celui d'*Alibert*; mais nous répondrons qu'il y a une grande différence entre une agglomération de phénomènes visibles extérieurs, et un système naturel; cependant, on ne verra pas sans intérêt le tableau annexé à cet ouvrage. Allemands, nous devons savoir gré à l'auteur d'avoir fait connaître à ses compatriotes les idées de *Schoenlein* et d'*Unger*.

(2) Delineations of the cutaneous diseases, exhibiting the characteristic appearances of the principal genera and species, comprised in the classification of the late Dr *Willan* and completing the series of engravings, beganby that author. Fasc. 1-VIII. Lond. 1815, — 16, 4°. Éd. allemande, Weimar, 1829, — 30, 4 liv. 4°.

(3) Atlas der Hautkrankheiten, oder Sammlung sorgfaeltig colorirter Abbildungen saemmtlicher Hautkrankheiten nach *Bateman*, *Rayer* u. *Devergie*, 5-12. Lieferung, Weimar. 1837-41, 4° (Atlas des maladies de la peau ou collection de dessins coloriés de toutes les affections de la peau, d'après Bateman, etc.)

(1) Atlas of delineations of cutaneous eruptions, illustrative of the descriptions in the pratical synopsis of cutaneous diseases of Th. Bateman. London, 1830, 4.

Ejusdem. Commentaries on diseases of the skin, illustrated by coloured plates, representing the commencement, progress aud termination of the eruption. London, 1839, Fol.

(2) Ikonografische encyclopædie; I Abth. Darstellung der nicht syphilit. Hautkrankheiten, mit darauf bezüglichem systematischem Text. I-VI. Liefg. Leipzig 1838-39. Fol. (Iconographie des affections de la peau non syphilitiques, etc.)

(3) Illustrations of cutaneous diseases. A series of delineations of the affections of the skin in their more interesting and frequent forms, with a pratical summary of their symptoms, diagnosis and treatment. Fasc. 1-XIV. London, 1839, 41 Fol.

(4) Description des maladies de la peau, observées à lh'ôpital Saint-Louis, et exposition des meilleures méthodes suivies pour leur traitement. Paris, 1806-1827, XII livr., fol.

(5) Cet exemple vient d'être suivi à Paris, au Musée Dupuytren, par les soins de M. Orfila et sous la direction de M. Cazenave. N. du Tr.

(6) Tabellarische Uebersicht der Hautkrankheiten nach *Willan's* system. Berlin, 1824, 2, B. fol.

(7) Diagnostiche Tabelle der Hautkrankheiten, nach *Biett's* Systeme, Berlin, 1836, 1 B. fol.

(8) Die Hautkrankheiten in tabellarischer Form. Heidelberg, 1836, 4°.

(9) A. *Cazenave* et H. E. *Schedel*. Abrégé pratique des maladies de la peau. Paris, 1828, 8, II éd., 1833, 8. III éd., 1838, 8. Traduct. allemande Weimar, 1829, 8, 2e éd., 1839, 8°; italienne : Venise 1834, 8; anglaise, par *R. E. Griffith*; Philadelphia, 1829, 2e éd., 1831, 8°, par *Thomas H. Burgess*, London, 1842, 8°.

(10) Traité théorique et pratique des maladies de la peau, fondé sur de nouvelles recherches d'anato-

défauts de sa classification ; mais comme il leur était impossible de trouver une place convenable et logique pour un assez grand nombre d'affections de la peau, ils se virent forcés de les reléguer dans un appendice. Ce fut surtout par la publication de l'ouvrage du savant *Rayer*, où dominent les considérations anatomiques et physiologiques que le système de *Willan* s'écroula presque entièrement; ce fut un progrès réel pour la science. L'auteur a séparé les maladies qui appartiennent aux glandes sébacées de celles qui siégent dans les follicules pileux; il soutient que les parties de la peau qui sont le plus souvent atteintes d'inflammation possèdent le plus grand nombre de glandes sébacées, et que l'*eczéma*, l'*impétigo*, le *favus* et la *gutta rosacea*, sont produites par cette inflammation. Cependant, nous sommes forcés d'avouer, qu'en dépit d'une connaissance très-étendue du sujet, *Rayer* n'a pas plus fait que *Plumbe* (1) pour expliquer les formes élémentaires des affections de la peau, bien que les recherches de *Gendrin* (*Description anatomique de l'inflammation*, etc., traduit en allemand par *Radius*, Leipzig, 1828) eussent dû le conduire à ce résultat.

Après *Rayer, L. A. Struve* (2) s'efforça de donner une classification établie aussi bien sur la forme extérieure des affections de la peau que sur leur nature. Page 4, il dit : « De même que les plantes, d'après le système de *Linné*, sont composées de deux classes, des phanérogames et des cryptogames, de même les maladies de la peau peuvent être divisées en deux parties : l'une renferme les affections qui, semblables aux phanérogames, se reconnaissent par les altérations visibles de la couleur et de la structure ; l'autre comprend celles dans lesquelles, comme dans les cryptogames, ni la structure ni la couleur ne paraissent visiblement altérées, la fonction propre à la peau étant seule dérangée. »—Bien que, pour l'explication des formes élémentaires, les papilles cutanées jouent également un rôle principal dans le système de *Struve*, ce système mérite d'être signalé comme un progrès, surtout sous le rapport de la nomenclature. Il paraît, du reste, que l'ouvrage de *Struve* est très-peu connu dans le monde médical; nous croyons donc bien faire en donnant ici un aperçu général de la classification de ce dermatologiste.

PREMIÈRE SECTION.—*Maladies de la peau dans lesquelles ni la structure ni la couleur de la peau ne paraissent altérées.*

Ire CLASSE.

Nevroses cutaneæ.

1er GENRE : *Paræsthesis.* — 1, Hyperæsthesis ; 2, Anæsthesis; 3, Pseudæsthesis.

2e GENRE : *Dermospasmus.*

IIe CLASSE.

Apocenoses cutaneæ (maladies de l'excrétion Ausscheidungskrankheiten).

1er GENRE : *Paridrosis.* — 1, Hidrosis (H. universalis, partialis) ; 2, Anidrosis (An. universalis, partialis) ; 3, Paridrosis (olens, discolor, cruenta, oleosa, arenosa).

2e GENRE : *Dermydrops* (Leuco-phlegmatiaa, Anasarca, OEdema).

3e GENRE : *Polypionia.*

4e GENRE : *Emphysema.*

5e GENRE : *Paraleipsis* (sécrétion anormale du sebum). — 1, Aleipsis aucta ; 2, Aleipsis diminuta.

DEUXIÈME SECTION.—*Maladies de la peau dans lesquelles il y a une altération de la structure ou de la couleur, ou de l'une et de l'autre.*

IIIe CLASSE.

Paraplasma cutaneum (conformation anormale de la peau).

1er GENRE : *Paraplasma.* — 1, P. excedens; 2, P. recedens.

mie et de physiologie pathologique, 2 vol. in-8, Paris, 1826-27, v. avec un atlas in-4° 2e éd., 1835, (Bruxelles, 1836). Traduit en allemand, par *Stannius*, Berlin, 1837-39, 3 vol. in-8; en italien par *Balta Fantonetti*, Milan, 1830, 2 vol. in-8; en anglais par *W. Dickinson*, London, 1833 in-8.

(1) A practical treatise on diseases of the skin, comprehending an account of such facts as have been recorded on these subjects, with original, observations. The whole arranged with a view to illustrate the constitutional causes of those diseases, as well as their local characters and including the substance of the essay on the subjects to which the royal college of surgeons awarded the Jacksonian prize. London, 1824, 8°. 2e éd., 1827; 3e éd., 1832; 4e éd., 1837, 8°. Traduction allemande, Weimar, 1825, in-8°.

(2) Synopsis morborum cutaneorum secundum classes, genera, species et varietates publié en latin et en allemand). Berlin, 1829, XII et 107, p. gr. in-fol. avec 4 planches coloriées.

2ᵉ GENRE : *Nævus.* — 1, Nævus (glaber, tomentosus, pilosus); 2, Spilus (arteriosus, venosus, anevrysmaticus, varicosus, cavernosus).

IVᵉ CLASSE.

Epidermoses, Trichoses, Onychoses, Jonthi.

1ᵉʳ GENRE : *Epidermoses.* — 1, Scabrities; 2, Callus; 3, Clavus.

2ᵉ GENRE : *Trichoses.* — 1, Alopecia (simplex, area, ophiasis, barbæ); 2, Hirsuties; 3, Tr. decolor (canities, cærulea, viridis, denigrata, variegata); 4, Tr. deformis (xerasia, setosa, dichophya; 5, Tr. sensitiva; 6, Tr. plica (longicauda multiformis, mitralis, pudendorum, universalis); 7, Tr. implicata (arthritica, insons).

3ᵉ GENRE : *Onychoses.* — 1, Seline; 2, Pterygium; 3, Arctura; 4, Fissura; 5, Lapsus; 6, Mollities; 7, Decolor; 8, Gryphosis; 9, Onychosis incrassata; 10, Tinea.

4ᵉ GENRE : *Jonthi* (Finnen, *bourgeon*, *bouton*). — 1, Comedo (crino, milium); 2, Acne (simplex, indurata); 3, Sycosis (mentagra, capillitii); 4, Furunculus (major, minor); 5, Carbunculus (vulgaris, fungodes, epizooticus, pestilentialis).

Vᵉ CLASSE.

Parachromata.

1ᵉʳ GENRE : *Parachromata.* — 1, Leucosis; 2, Melanosis; 3, Cærulosis; 4, Chlorosis; 5, Icterus (aurigo, niger, neonatorum); 6, Parachroma lapidis infernalis.

2ᵉ GENRE : *Chloasmata.* — 1, Lenticula; 2, Ephelis (solaris, ignea); 3, Chl. hepaticum (congenitum, persistens, fugax); 4, Chl. scorbuticum (nigricans, variegatum); 5, Chl. album (congenitum, acquisitum).

3ᵉ GENRE : *Morpheæ.* — 1, M. leprosa (alba, nigra); 2, M. syphilitica; 3, M. symptomatica.

4ᵉ GENRE : *Gutta rosacea.* — 1, gutta ros. leprosa (glabra, condylomatosa, vasculosa, varosa); 2, Gutta ros. lichenosa; 3, Gutta, ros. insons (glabra, vasculosa, varosa, verrucosa).

5ᵉ GENRE : *Ecchymomata.* — 1, E. Sugillatio; 2, E. Petechiæ (genuinæ, febriles, apyreticæ); 3, E. cachecticum (scorbuticum, senile); 4, E. hæmostaticum.

VIᵉ CLASSE.

Dermophlegmasiæ vel extensæ, vel maculatæ.

1ᵉʳ GENRE. *Dermophlogosis.* — 1, D. primaria; 2, D. secundaria.

2ᵉ GENRE : *Erythema.* — 1, E. fugax; 2, E. læve; 3, E. marginatum; 4, E. papulatum; 5, E. tuberculatum; 6, E. nodosum; 7, E. gangrænescens (debilitatorum, decubitus, noma); 8, E. infantile (insons, malignum); 9, E. solare; 10, E. pernio.

3ᵉ GENRE : *Erysipelas.* — 1, E. vulgare (læve, bullosum, phlegmonodes, œdematodes, habituale); 2, E. infantile (vulgare, induratum).

4ᵉ GENRE : *Scarlatina* (genuina, rubeola, papulosa, varosa, pustulosa, miliaris, petechialis, partialis, invisibilis.)

5ᵉ GENRE : *Roseola.* — 1, R. evanida; 2, R. annulata; 3, R. æstiva; 4, R. autumnalis; 5, R. infantilis; 6, R. variolosa; 7, R. vaccina; 8, R. miliaris; 9, R. symptomatica.

VIIᵉ CLASSE.

Dermophlegmasiæ pomphosæ.

1ᵉʳ GENRE : *Urticaria.* — 1, U. simplex (febrilis, tuberosa, apyretica, perstans, conferta, evanida, subcutanea; 2, U. scorbutica; 3, U. syphilitica.

2ᵉ GENRE : *Cnidosis.*

VIIIᵉ CLASSE.

Dermophlegmasiæ papulosæ.

1ᵉʳ GENRE : *Morbilli* (genuini, rubeolæ, petechiales, miliares, apyretici, invisibiles).

2ᵉ GENRE : *Strophulus* (ruber, albidus, confertus, volaticus, candidus).

3ᵉ GENRE : *Lichen.* — 1, L. simplex; 2, L. agrius; 3, L, circumscriptus; 4, L. pilaris; 5, L. urticatus; 6, L. tropicus; 7, L. lividus; 8, L. virosus (cupreus, cœruleus, miliaris).

4ᵉ GENRE : *Cnesmus* (mitis, formicans, senilis),

IXᵉ CLASSE.

Dermophlegmasiæ variolosæ.

1ᵉʳ GENRE : *Variolæ.* — 1, V. genuinæ (discretæ, umbilicatæ, confluentes, siliquosæ, corymbosæ, crystallinæ, sanguineæ, emphysematicæ, verrucosæ, præ-

coces, posthumæ, insitæ; 2, V. modificatæ (præcoces, verrucosæ).

2e GENRE : *Varicellæ* (lenticulares, conoïdes, globosæ).

3e GENRE : *Vaccinia.* — 1, V. genuina; 2, V, spuria (benigna, maligna).

Xe CLASSE.

Dermophlegmasiæ bulbosæ.

1er GENRE : *Pompholyx* (epispastica, combustiva, congelata, gangrænosa, fracturæ, ulcerationis, anasarcotica).

2e GENRE : *Phlycacia.* — 1, P. symptomatica; 2, P. scrophulosa; 3, P. scabiosa; 4, P. livida.

3e GENRE : *Pemphigus.* — 1, P. febrilis; 2, P. eriticus; 3, P. chronicus.

XIe CLASSE.

Dermophlegmasiæ pustulosæ.

1er GENRE : *Tinea.* 1, T. favosa (simplex, exsudativa, decalvans); 2, T. achorosa (dispersa, areata, universalis); 3, T. pilaris (granulata, decalvans).

2e GENRE : *Lactumen.* — 1, Crusta lactea; 2, crusta serpignosa.

3e GENRE : *Impetigo.* — 1, vulgaris (figurata, sparsa, erysipelatodes); 2, I. scabida; 3, I. rorans

4e GENRE : *Ecthyma.* — 1, E. mite (vulgare, infantile); 2, E. luridum (primarium, symptomaticum); 3, E, cachecticum.

5e GENRE : *Scabies* (papulosa, vesiculosa, pustulosa).

6e GENRE : *Psydracia.* — 1, P. localis (ab ictu insectorum, canina, artificum, ab immunditie, thermalis, pharmacorum, emetica); 2, P. consensualis (gastrica, plethoricorum, infantilis, senilis, vaccinica, symptomatica, scorbutica, syphilitica et leprosa, mercurialis).

XIIe CLASSE.

Dermophlegmasiæ vesiculosæ.

1er GENRE : *Miliaria.* — 1, M. genuina; 2, M. febrilis (rubra, alba, lactea); 3, M. chronica; 4, M. hidroa.

2e GENRE : *Eczema.* — 1, E. irritativum (solare, pharmacorum, externorum, impetiginodes); 2, E. mercuriale (universale, locale); 3, E. rubrum.

3e GENRE : *Herpes.* — 1, H. simplex (furfuraceus, miliaris, phlyctænodes, circinatus, labialis, localis); 2, H. zoster; 3, H. præputialis; 4, H. iris; 5, H. hæmorrhoidalis.

4e GENRE : *Rhypia.* — 1, R. simplex; 2, R. prominens; 3. R. gangrænosa.

5e GENRE : *Morbus aleppicus.*

XIIIe CLASSE.

Dermophlegmasiæ squamosæ.

1er GENRE : *Pityriasis.* — 1, P. rubra; 2, P. versicolor; 3, capillitii.

2e GENRE : *Ichthyosis.* — 1, I. simplex, 2, I. cornea; 3, I. pergamena.

3e GENRE : *Psoriasis.* — 1. P. guttata (argentea, syphilitica); 2, P. gyrata (ophiasis, syphilitica); 3, P. diffusa (vulgaris, scutellata, syphilitica, lichenosa, infantilis, labialis, scrotalis, præputialis, palmaris, dorsi manus); 4, P. universalis (alba, rubra); 5, P. pellagra; 6, P. asturiensis.

4e GENRE : *Lepra.* — 1, L. morphea (alba, nigra); 2, L. albaras, (squamosa, crustosa, ulcerosa); 3, L. elephantiasis (tuberculosa, leonina, tyria, rubra); 4, L. localis pedum (glabra, squamosa, ulcerosa, tuberculosa, barbadoënsis).

XIVe CLASSE.

Dermophymata.

1er GENRE : *Verruca.* — 1, V. vulgaris (discreta, gregalis, sessilis, pensilis, venerea); 2, V. carnea; 3, V. vasculosa.

2e GENRE : *Thymiosis.* — 1, T. condylomata (inflammata, sicca, humida, ulcerorosa, indurata, fungosa, insularia, condylomotosis, universalis); 2, T. morus; 3, T. scotica; 4, T. ruboides; 5, T. fungodes.

3e GENRE : *Lupus.*

4e GENRE : *Botryophyma* (rubrum, cœruleum).

5e GENRE : *Carcinoma.*

6e GENRE : *Fungus.* — 1, F. hæmatodes; 2, F. medullaris.

7e GENRE : *Cancroïs* (ovalis, cylindrica).

8e GENRE : *Sarcoma.* — 1, S. vasculosum; 2, S. adiposum; 3, S. pancreaticum; 4, S. mastoïdeum; 5, S. tuberculatum.

9e GENRE : *Dermocystoses.* — 1, D. hydatis; 2, D. meliceris; 3, D. atheroma; 4, D. steatoma; 5, D. mollusca (vulgaris, contagiosa).

10e GENRE : *Tubercula mamillaria.*

11e GENRE : *Tumores melanotici.*

12e GENRE : *Dermoceras.*

XVe CLASSE.

Dermochorismata.

1er GENRE : *Intertrigo.*—1, I. infantilis (insons, scrophulosa, contagiosa); 2, I. adultorum (insons, hæmorrhoidalis, contagiosa).
2e GENRE : *Prurigo.* — 1, P. vulvaria; 2, P. podicis.
3e GENRE : *Rhagades.* — 1, R. idiopathicæ; 2, R. symptomaticæ.
4e GENRE : *Excoriatio.*
5e GENRE : *Apostema.* — 1, A. simplex; 2, A. lymphaticum; 3, A. congestivum.
6e GENRE : *Vulnera cutanea.* — 1, V. contusio; 2, V. vulnus (secatum, punctum, cæsum, sclopetarium).
7e GENRE : *Ulcus.* — 1. U. idiopathicum (simplex, hypersthenicum, astenicum, fungosum, callosum, œdematodes, gangrænosum, fistulosum, cariosum); 2, U. deuteropathicum (scrophulosum, arthriticum, rheumaticum, scorbuticum, syphiliticum, mercuriale, hæmostaticum, gastricum).

XVIe CLASSE.

Dermelminthiasis.

1er GENRE : *Phthiriasis.* — 1, P. capillitii; 2, P. corporis; 3, P. pubis.
2e GENRE : *Pulicatio.* — 1, P. irritativa; 2, P. penetrans; 3, P. cnesmodes.
3e GENRE : *Cimicatio.*
4e GENRE : *Tumor œstrorum.*
5e GENRE : *Tumores acarorum.* — 1, T. vesiculæ scabiosæ acarorum; 2, tumores acarorum americanorum.
6e GENRE : *Procreatio larvarum in cute.* — 1, P. in ulceribus; 2, P. in abscessibus; 3, P. universalis.
7e GENRE : *Dracontiasis.* — 1, D. filariæ, 2, D. gordii.
8e GENRE : *Tumor furiæ infernalis.*

XVIIe CLASSE.

Corpora peregrina in cute.

Alibert (1) ne suivit d'abord dans son grand ouvrage aucune classification systématique; mais plus tard, ne pouvant plus se dissimuler l'influence du système de *Willan*, il se mit à composer, et le plus souvent avec succès, la plupart de ses familles, au nombre de douze. — *Dermatoses eczematosæ, exanthematicæ, tineosæ, herpeticæ, cancrosæ, leprosæ, syphiliticæ, scrophulosæ, scabiosæ, hæmatosæ, dyschromatosæ, heteromorphæ* (1). — Cette classification a certainement imprimé un progrès à la science des maladies de la peau; mais comme l'insuffisance du système de *Willan*, sous le rapport de la thérapeutique, se faisait sentir de plus en plus, un assez grand nombre de médecins, revenant avec *Alibert* au point de vue de *Lorry*, dirigèrent principalement leur attention vers le rapport qui existe entre l'organisme, considéré dans son ensemble, et les affections cutanées. Cette direction ressort des principes sur lesquels ces auteurs ont établi leurs classifications. Parmi eux figurent au premier rang *Samuel Plumbe* et particulièrement *W. Ch. Dandy* (2), médecin anglais dont les ouvrages sont peu connus. Du reste cet auteur ne traite que les maladies cutanées des enfants. Il en admet cinq classes : 1. formes symptomatiques dans les affections des organes de la digestion; — 2. formes symptomatiques dans les désordres de l'assimilation; — 3. affections de la peau comme symptômes d'une irritation extérieure et d'idiosyncrasies particulières; — 4. affections de la peau par suite d'infection spécifique; — 5. Affections locales sans désordres constitutionnels.

En Allemagne, c'est l'illustre *Schoenlein* (3) qui a donné la première impulsion à une réforme des systèmes suivis jusqu'alors. Il reconnut bientôt qu'un grand nombre des affections de la peau n'est que le reflet des affections intérieures de l'or-

(1) Description des maladies de la peau, observées à l'hôpital Saint-Louis, et exposition des meilleures méthodes suivies pour leur traitement. Paris, 1806-27, traduction allemande, par Moller, 1re livraison, Tubingue, 1806. — Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau, Paris, 1818, vol. 1, 437 p., vol. 2, 387 p. gr. in-8; 2e éd., Paris, 1822, 2 vol. in-8. — Monographie des dermatoses, 2 vol., Paris, 1832, in-8; 2e édit., Paris 1835, 1372 p. avec 9 planches. Traduction allemande par *Bloest*. Leipzig, 1837, 2 volumes.

(1) Voir *John Pagett* : Essai sur les avantages de la méthode naturelle, comparée avec la classification artificielle dans l'étude des maladies de la peau. — Revue médicale, 1833, mai.

(2) A treatise on the cutaneous diseases incidental to childhood, comprehending their origin, nature, treatment and prevention. London, 1827, 289 p. in-8°, avec 1 planche. — Practical remarks on the diseases of the skin, on the external signs of disorders and on the constitutional peculiarities during infancy and childhood. London, 1838, in 8.

(3) Voir les cours de *Schoenlein*, et *J. Barasch* : Synopsis impetiginum, diss. inaug. Berlin, 1841, 32 p. in-8.

ganisme, et que, par suite de cette origine, elles doivent être rangées avec celles-ci; mais *Schoenlein*, ne faisant rentrer dans sa classification naturelle qu'un petit nombre d'espèces, les *exanthèmes* dits aigus, rejeta confusément toutes les autres dans une seule classe sous le nom d'*impetigines*. Il suivit en cela l'exemple de *P. Frank*. En outre, et sans doute pour suivre les principes de la philosophie naturelle, il commit l'erreur de représenter les maladies de la peau, dans le sens de *Willan* et *Bateman*, comme des formations nouvelles, comme des germes, des fleurs et des fruits de l'affection fondamentale intérieure : aussi, dans ses descriptions, emprunta-t-il à la botanique les termes de *fruit* et de *péricarpe*. —Voici ce qu'on trouve à ce sujet dans ses cours (publiés sans son consentement par un de ses élèves), vol. III, p. 2 (1832) : «L'altération ne se borne point à l'épiderme, mais elle s'étend plus profondément sur le réseau vasculaire et le corps réticulaire de *Malpighi*. Dans ce cas il naît des *végétations que nous appellerons fruits impétigineux*. Ce fruit se subdivise à son tour en deux parties, le *péricarpe* et le *fruit* proprement dit. Le péricarpe est la portion de la peau qui diffère essentiellement par sa densité, sa couleur et son apparence, de la peau normale. C'est en général du milieu de cette portion altérée que se développe le fruit. Le péricarpe présente de grandes variétés. Dans le fruit, on distingue une enveloppe formée par l'épiderme, et le contenu. La forme du fruit dépend de l'épiderme. Le contenu du fruit est une *sécrétion toute particulière*, qui n'est pas toujours semblable à elle-même, ainsi que le démontrent la réaction chimique et le microscope. On a déjà trouvé dans cette sécrétion des infusoires et d'autres animalcules d'un degré supérieur, comme par exemple dans la gale. Quant à la différence probable de la structure intérieure des fruits impétigineux, *nous ne savons malheureusement rien* sur ce point. Les observations qui pourraient nous faire connaître quels changements des organes intérieurs répondent aux formations extérieures envisagées isolément, nous manquent complétement; car les médecins qui avaient la meilleure occasion de s'en occuper ont, à cause de leurs principes, négligé entièrement l'étude de ces changements. Nos recherches propres sont encore trop défectueuses et trop isolées pour mériter d'être accueillies. »

Si maintenant on fait attention que *Schoenlein* loue en commençant la doctrine des anciens médecins sur l'acrimonie, et qu'il les trouve bien plus avancés que ceux de nos jours, pour qui les maladies de la peau sont des affections purement locales, on se convaincra facilement que l'illustre professeur de Berlin n'a fait que retourner au point de vue des hippocratistes et de *Lorry*. Il a pris le mot *fruits* dans un sens métaphorique et pour se conformer au langage des partisans de la philosophie naturelle. Par conséquent les *formations nouvelles* (*végétations*) ne sont point pour lui des *végétations parasites* (*réelles*), quoique ses disciples, ceux surtout qui ont suivi l'impulsion de *Stark*, professeur à Iéna, les prennent dans ce sens. L'erreur de *Schoenlein* est donc plutôt dans le choix des termes que dans la chose elle-même, et elle est bien pardonnable, quand on pense dans quel état il a trouvé la doctrine de la structure et des fonctions de la peau à l'époque où il a émis ces propositions. *Meckel* lui-même, le grand anatomiste, n'a-t-il pas été ébloui par l'autorité de *Ruysch*? On pourra s'en convaincre en lisant son *Manuel d'anatomie*.

Fuchs (1), de Goettingue, élève de *Schoenlein*, s'est efforcé de réaliser et de développer, sur une plus vaste échelle, les idées légèrement esquissées de son professeur. Voici le système de *Fuchs* :

Ire CLASSE.

Dermatonoses.

1er ORDRE : *Morphonoses* de la peau.

1re FAMILLE : *Teratoses*.

1er GROUPE : *Dysmorphoses*. — 1er genre, Adermia; 2e genre, Albinismus; 3e genre, Atrichia; 4e genre, Anonychia.

2e GROUPE : *Hétéromorphoses*. 5e genre, Nævus; 6e genre, Ochthiasis; 7e genre, Polytrichia; 8e genre, Polonichia.

2e FAMILLE : *Hypertrophies*. — 1er genre, Tyloma; 2e genre, Clavus; 3e genre,

(1) Die krankhaften veraenderunger der Haut und ihrer Anhange, in nosoligischer u. therapeutischer Beziehung dargestellt. Goetting, 1840-41, III parties, 1322 p. in-8° (Les altérations pathologiques de la peau et de ses annexes, sous les rapports de nosologie et de thérapeutique, etc.)

Dermatokeras; 4e genre, Verruca; 5e genre, Trichauxe; 6e genre, Onychauxe.

3e FAMILLE : *Atrophies.*— 1er genre, Achroma; 2e genre, Poliasis; 3e genre, Alopecia; 4e genre, Onychatrophia.

4e FAMILLE : *Traumatoses.* — 1er genre, Excoriatio; 2e genre, Dermatotrauma.

2e ORDRE : *Hœmatonoses* de la peau.

5e FAMILLE : *Eczématoses.*

1er GROUPE : *Ephidroses.* — 1er genre, Hyperhidrosis; 2e genre, Chromidrosis; 3e genre, Bromidrosis.

2e GROUPE : *Acarpes.* — 4e genre, Amorpha; 5e genre, Lentigo; 6e genre, Chloasma; 7e genre, Argyria; 8e genre, Pityriasis.

3e GROUPE : *Polycarpes.* — 9e genre, Psoriasis; 10e genre, Lichen; 11e genre, Herpes; 12e genre, Impetigo.

4e GROUPE : *Monocarpes.* — 13e genre, Strophulus; 14e genre, Psydracia; 15e genre, Ecthyma; 16e genre, Acne.

5e GROUPE : *Séborrhées.* —17e genre, Comedo; 18e genre, Seborrhagia.

6e FAMILLE : *Phlogoses.* — 1er genre, Dermatitis; 2e genre, Phyma; 3e genre, Paronychia.

7e FAMILLE : *Typhoïdes.* — 1er genre, Anthrax; 2e genre, Traumatocace; 3e genre, Noma; 4e genre, Filaria.

3e ORDRE : *Neuronoses.*

8e FAMILLE : *Neuronoses.*—1er genre, Dermatotyposis; 2e genre, Dermatalgia; 3e genre, Anaesthesia.

IIe CLASSE.

Dermapostases.

1er ORDRE : *Dermapostases simples.*

9e FAMILLE : *Hématochroses.* — 1er genre, Cyanosis; 2e genre, Pneumatelectase; 3e genre, Purpura; 4e ordre, Scorbutus; 5e ordre, Sclerosis.

10e FAMILLE : *Melanoses.* — Melasma.

11e FAMILLE : *Hydropisies.* — Anasarca.

12e FAMILLE : *Chymoplanies.*

1er GROUPE : *Choloplanies.* — 1er genre, Icterus.

2e GROUPE : *Uroplanies.* — 2e genre, Uridrosis; 3e genre, Cnesmus; 4e genre, Paedophlysis; 5e genre, Pompholyx; 6e genre, Esthiomenos; 7e genre, Urelcosis.

3e GROUPE : *Ménoplanies.* — 8e genre, Menidrosis; 9e genre, Menokelis; 10e genre, Menelcosis.

4e GROUPE : *Galactoplanies.* — 11e genre, Galactidrosis; 12e genre, Galactophylis.

2e ORDRE : *Dermapostases spécifiques.*

13e FAMILLE : *Arthragroses.* — 1er genre, Arthrophlysis; 2e genre, Arthrelcosis.

14e FAMILLE : *Hémorrhoïdes.* — 1er genre, Pyagria; 2e genre, Dermathaemorrhoïs; 3e genre, Hæmorrhoïdelcosis.

15e FAMILLE : *Scrofules.*

1er GROUPE : *Pustules scrofuleuses.* — 1er genre, Favus; 2e genre, Alphus; 3 genre, Rhypia.

2e GROUPE : *Tubercules scrofuleux.* — 4 genre, Lupus; 5e genre, Molluscum; 6e genre, Keloïs.

3e GROUPE : *Formes scrofuleuses sans fruit.* —7e genre, Scrophylophyma; 8e genre, Scrophulonychia; 9e genre, Scrophulelcosis.

APPENDICE.

10e GENRE : *Maliasma.*

16 FAMILLE : *Psorides.* — Ier genre, Prurigo; 2e genre, Scabies; 3e Psora; 4e genre, Serpigo; 5e genre, Psorelcosis.

17e FAMILLE : *Léproses.*

1er GROUPE : *Léproses développées.* — 1er genre, Ophiasis; 2e genre, Elephantiasis; 3e genre, Neolepra.

2e GROUPE : *Léproïdes.*— 4e genre, Ichthyosis; 5e genre, Pachydermia; 6e genre, Leprelcosis.

APPENDICE.

7e GENRE : Plica.

18e FAMILLE : *Thymioses,* — 1er genre, Framboesia; 2e genre, Radesyge; 3e genre, Pyrophlyctis.

19e FAMILLE : *Syphilides.* — 1er genre, Syphilokelis; 2e genre, Syphilolepis; 3e genre, Syphilopsydrax; 4e genre, Syphylophlysis; 5e genre, Syphylopemphix; 6e genre, Siphilojonthus; 7e genre, Syphilidochthus; 8e genre, Syphilomykes; 9e genre, Syphilophyma; 10e genre, Syphilopsiloma; 11e genre, Syphilonychia; 12e genre, Syphilelcosis.

20e FAMILLE : *Carcinoses.*—1er genre, Scirrhoma; 2e genre, Encephaloma; 3e genre, Splenoma; 4e genre, Carcinelcosis.

IIIe CLASSE.

Dermexanthèses.

21e FAMILLE : *Rheumatoses.* — 1er genre,

Miliaria; 2. Reumatokolis; 3. genre, Plantaria.

22e FAMILLE : *Catharroses.* — genre : Morbilli.

23e FAMILLE : *Erysipelatoses.*

1er GROUPE : *Érysipèle plat.* — 1er genre, Érysipèle; 2e genre, Érythème; 3e genre, Scarlatine ; 4 genre, Rougeole.

2e GROUPE : *Erysipèles élevés.* — 5e genre, Urticaire; 6e genre, Phlyctænosis; 7e genre, Zoster; 8e genre, Pemphigus.

3e GROUPE. — 9e genre, Varicella; 10e genre, Variola; 11e genre, Variolos.

APPENDICE, 12. genre, Vaccina.

24e FAMILLE : *Typhoses.* — 1er genre, Porphyrotyphus; 2e genre, Anthracotyphus; 3e genre, Ochrotyphus.

(M. Rosambaum a publié une critique raisonnée de ce système dans les *Annales de Schmidt*, vol. XXXI, p. 339-349. — L'autorité que Fuchs a acquise dans toute l'Allemagne, comme dermatologiste, nous fait un devoir de publier cette critique, aussitôt que nous aurons pu nous la procurer).

(La suite à un prochain numéro.)

OBSERVATIONS.

PEMPHIGUS CHRONIQUE.

Hôpital Saint-Louis. Service de M. Cazenave. Salle de l'ancienne lingerie, n° 6.

La nommée D... ...... (Jeanne-Rosalie), veuve, âgée de 70 ans, d'une constitution forte et d'un tempérament sanguin, a toujours été bien portante, n'a jamais eu de *dartres* ni d'éruptions cutanées d'aucune espèce; elle a été bien réglée, mais très-peu jusqu'à l'âge de 40 ans. Cette femme a eu deux enfants; elle a éprouvé en 1830 de grands chagrins par la perte de sa fortune. A cette époque elle eut, dit-elle, une fièvre cérébrale qui lui fit perdre la tête pendant plusieurs jours. S'étant remise ensuite, elle n'éprouva plus aucune maladie, ni affections nerveuses, ni troubles des voies digestives. Jamais d'ictère, jamais de dérangement de la digestion. Mais depuis cinq à six ans, tous les printemps, elle a une diarrhée, non fébrile, précédée de coliques et durant pendant huit jours environ. Cette année-ci, la diarrhée a paru en janvier, c'est-à-dire plutôt que de coutume. Quand, par hasard, la diarrhée manquait, des taches rouges se développaient sur l'abdomen et duraient pendant huit jours en s'accompagnant de vives demangeaisons. Des taches analogues avaient déjà recouvert tout le col et la poitrine quand les règles se supprimèrent (à 40 ans).

Il y a deux mois et demi ou trois mois que la malade, à la suite d'un refroidissement, éprouva une indisposition qui dura huit jours, avec perte d'appétit, fièvre, pas de céphalalgie. Ces phénomènes généraux étaient les prodromes d'une éruption, qui se fit à la peau, et que la malade décrit de manière à faire croire à une affection érythémateuse: c'étaient des plaques rouges causant des démangeaisons insupportables et se recouvrant, après quelques jours, de petites croûtes dures de la grosseur d'une tête d'épingle. C'est sur l'abdomen que la première éruption se fit. En peu de temps l'éruption gagna tout le corps. Il n'y a que trois semaines, dit la malade, que des bulles se sont formées. La malade prit deux fois médecine et des bains simples; elle ne fit aucun autre traitement. C'est une ou deux semaines après la suspension des bains et du traitement que ces bulles se formèrent, étant ordinairement précédées de rougeurs et de douleurs lancinantes. C'est de ce moment seulement que la malade vit un suintement et un écoulement de sérosité se faire par les bulles ouvertes. Aucun traitement ne fut mis en usage.

La malade entre à Saint-Louis le 2 novembre 1844 dans l'état suivant :

Éruption générale et pemphigus chronique à l'état de dessiccation. Il y a actuellement peu de bulles nouvelles; du reste, l'épiderme, peu épais et friable, n'en permet pas la formation.

La peau est sèche et terreuse : de distance en distance de larges croûtes brunâtres assez adhérentes à la peau indiquent les traces d'anciennes bulles.

Les fonctions sont encore en assez bon état.

Appétit plus développé qu'avant l'éruption; langue bonne; pas de goût amer à la bouche; digestions faciles, dévoiement nul depuis janvier; selles tous les deux ou trois jours seulement.

Fonctions cérébrales et respiratoires normales.

Pas de fièvre dans le jour, agitation la nuit.

Hydropisies depuis le commencement de la

maladie. Œdème des muscles inférieurs et surtout du droit. Léger œdème de la face.

M. Cazenave prescrit, le 3 novembre 1844, le traitement suivant :

Tisane de quinquina acidulée; saupoudrer les surfaces malades avec une poudre composée d'amidon, et d'une partie de tan (1|8), 4 portions d'aliments.

27 jours après, julep gommeux avec 0,20 extrait quinquina, 2 tasses de café de glands.

28 novembre 1844. Les forces se soutiennent, et la malade conserve la gaieté de son caractère ; il n'y a pas de dévoiement, enfin l'œdème des jambes a disparu. Mais cependant il y a un amaigrissement assez notable et une fièvre assez vive, presque continuelle. La peau est chaude et brûlante ; il y a un assoupissement continuel, pas de céphalalgie, et la soif très-vive et persistante ; la langue est toujours humide et très-naturelle, l'appétit est des plus médiocres. Aucun accident vers les divers appareils, si ce n'est vers le tube digestif.

Depuis l'application de la poudre de tan il y a une amélioration sensible dans l'éruption. Le suintement est moins abondant; il se forme moins de bulles nouvelles, et sur les points où il y en a encore l'épiderme et le liquide s'arrêtent, se coagulent sous forme de larges écailles épaisses, opaques, d'un gris brunâtre et analogues à celles des bulbes de l'oignon.

Depuis quelque temps il y a parfois de la diarrhée ; la malade a chaque jour deux ou trois selles liquides. Le cas le plus ordinaire est celui où il n'y a pas d'évacuations alvines.

Par instant on s'est aperçu que la malade avait du délire.

29. — Pendant la nuit du 28 au 29, il y a une agitation assez considérable et du délire; la malade crie, se lève et parcourt la salle. Elle a une fièvre assez vive.

30. — Même état : agitation, insomnie.

31.—Un grand changement s'est opéré dans l'état de la malade depuis la nuit dernière. Une somnolence assez forte s'est emparée d'elle; on l'en tire difficilement. Tout le corps et la figure sont agités d'un tremblement considérable : il y a des mouvements continuels et automatiques des mains et des doigts. Les traits de la face sont tirés et amincis ; le nez est étroit, les lèvres serrées et agitées de mouvements convulsifs.

Quand on excite la malade elle sort de son assoupissement et répond assez bien, mais elle retombe tout aussitôt dans la somnolence.

La tension de la peau n'est pas diminuée; les surfaces excoriées sont toujours suintantes.

La peau est chaude et brûlante ; la langue sèche et fendillée, encore blanche, pouls large et développé à 84.

Évacuations involontaires sans diarrhée.

1er Décembre. — La fièvre est encore plus vive ; le pouls est large et plein, à 112. Il n'y a aucune inflammation locale qui rende compte de cet état fébrile. Le délire continue à se reproduire chaque nuit.

Soif vive, langue un peu plus humide que la veille.

8. — Rêvasseries continuelles ; le délire est devenu calme. La malade parle continuellement, mais à voix basse.

Depuis deux jours, bronchite, voix rauque, fièvre assez vive, le pouls est fréquent et large, mais très-sensible.

Langue collante, appétit nul. La malade prend quelque peu de lait : dévoiement de matières liquides et noires depuis la veille.

Prescription : manne, séné, loch blanc.

La bronchite dura jusque vers le 20 décembre et elle sembla exercer une révolution naturelle et fort heureuse, non-seulement sur l'éruption du tégument externe, mais encore sur l'état des organes encéphaliques. En effet, le délire cessa complétement, l'intelligence redevint telle qu'elle était à l'entrée de la malade. Il n'y eut plus d'évacuations involontaires.

Mais en même temps que cette amélioration se manifeste, la malade maigrit très-sensiblement ; l'appétit est nul.

Le 30 décembre la malade se trouve très-bien ; les accidents cérébraux ont complétement cessé. La malade parle très-raisonnablement et se plaint de n'avoir pas d'appétit ; en effet elle ne peut prendre depuis longtemps que des bouillons et un peu de potage.

M. Cazenave ordonne le café de gland.

Quant à l'éruption, elle a en grande partie disparu; le visage n'a plus que quelques croûtes; sur le corps il n'existe plus que des squames; il ne se forme pas de bulles nouvelles. Pendant quelques jours il semble que l'affection décline et qu'elle tend à la guérison. On voit les croûtes se détacher sans que d'autres les remplacent; la surface du corps se nettoie insensiblement, et les traces du pemphigus deviennent de moins en moins apparentes. Mais cette amélioration ne fut pas de longue durée. A dater du 10 janvier 1845, quelques bulles nouvelles se montrent éparses sur les deux jambes; moins volumineuses que les premières, elles forment du jour au lendemain des croûtes jaunâtres peu épaisses, bombées au centre, très-minces, ridées à la circonférence, et qui ne tardent pas à se détacher. Peu à peu la sérosité qu'elles renferment diminue de quantité, et bientôt elles ne sont plus constituées que par des soulèvements presque insensibles de l'épiderme, qui forment quelques rides à la surface de la peau et qu'on enlève par le plus léger frottement.

Ces éruptions se succédèrent ainsi principalement à la jambe droite, dont la partie pos-

térieure et interne finit par présenter une surface rouge, légèrement suintante, recouverte de ces exfoliations humides qui n'avaient pas le temps de se dessécher, tant était rapide leur renouvellement.

L'œdème revint en même temps à ce membre, il était moins fort que la première fois, et ne dépassait pas le milieu de la jambe.

La malade maigrit beaucoup.

16. La diarrhée, qui était un peu calmée depuis quelques jours, se renouvelle. La malade a, pendant les vingt-quatre heures, deux ou trois selles liquides, quelquefois involontaires, de matières noirâtres, et glaireuses. Pas de fièvre. La langue est sèche, l'appétit nul. Facultés intellectuelles intactes.

25. Huit à dix selles par jour; la malade se plaint d'éprouver des douleurs très-vives dans les membres, qui sont dans le même état que les jours précédents, quant à l'éruption. Le café de gland est alors suspendu et remplacé par un pot de décoction blanche.

Les jours suivants, rien n'est à noter. La malade meurt le 29 à deux heures du matin.

Autopsie. — Trente heures après la mort.

Crâne. — La cavité de l'arachnoïde contient un décilitre environ de sérosité rougeâtre. Pas d'adhérence de la pie-mère avec la substance du cerveau, qui présente partout la consistance et la coloration normales. Rien à l'intérieur.

Thorax. — Rien dans les poumons, rien dans le cœur, qui est seulement pâle et affaissé. Un peu de sérosité dans le péricarde; mais, dans le côté droit du thorax, la quantité peut en être évaluée à un litre.

Abdomen. — Le foie est évidemment moins volumineux qu'à l'état normal. Coupé par tranches, il semble présenter un peu la dégénération graisseuse. La couleur est généralement brune. Pressé entre les doigts, il s'écrase facilement, se réduit en bouillie, sans que, par le frottement, il soit possible de sentir l'état granuleux de cet organe.

La vésicule biliaire distendue est entièrement remplie par un calcul de la grosseur d'une noix, brunâtre, très-dur, recouvert par une couche de matière blanchâtre, caséeuse. La face interne de cet organe est blanche, polie, les parois ont une épaisseur de 4 à 5 millimètres; les conduits et canaux biliaires sont sains, vides.

L'estomac et les intestins contiennent des matières liquides et filantes; la muqueuse ne présente ni ulcérations ni cicatrices; çà et là quelques plaques rouges, mais sans autre altération apparente de cette membrane.

Rien dans les reins, rien dans la vessie.

REVUE.

RUPIA SYPHILITIQUE.

William A..., âgé de 20 ans, fut admis le 7 septembre 1843 à Lock-hospital dans le service de M. Lane. D'après ce que raconte le malade, il paraît qu'au mois de février précédent il avait contracté un chancre sur le prépuce, et qu'il avait été soumis à un traitement mercuriel pendant un mois, à la fin duquel le chancre avait disparu, mais en laissant une induration considérable. La bouche à cette époque était devenue très-malade par l'effet du traitement. Sept semaines après la disparition du chancre, les bulles du rupia commencèrent à se développer d'abord sur les bras, puis de là aux jambes, aux cuisses et à la face; on fit suivre alors au malade un autre traitement par le mercure combiné avec la salsepareille, traitement continué jusqu'à présent, c'est-à-dire depuis trois mois.

État du malade lors de son entrée à l'hopital.

Toute sa face est couverte d'ulcérations et de larges et hautes croûtes, spécialement sur le front et les lèvres; sur les cuisses, elles ont la largeur de la monnaie appelée couronne, et sont entourées d'une auréole très-enflammée. La débilité constitutionnelle est grande; il y a perte du sommeil et de l'appétit, douleur constante au-dessus des sourcils; le pouls est faible, tremblant, et donne 140 pulsations par minute. La longueur du second traitement mercuriel n'a produit aucun effet sur la bouche.

On prescrit une pinte de décoction de salsepareille composée, et un drachme d'acide nitrique étendu à boire dans la journée; un demi-grain d'acétate de morphine à prendre chaque soir à l'heure du coucher; des cataplasmes de mie de pain à appliquer sur les ulcères. La diète consistera en pudding léger et en porter.

Le 20 septembre, sous l'influence du traitement, l'amélioration a été rapide. Les croûtes sont tombées, laissant à découvert des ulcérations de bonne apparence, qui se cicatrisent, tant au centre qu'à la circonférence. L'appétit est très-bon, ainsi que le sommeil et les forces,

qui se relèvent promptement. On donne de la viande pour aliment; on continue les mêmes remèdes que précédemment, et on lotionne les ulcères avec l'acide nitrique beaucoup plus étendu.

Le 25. La diarrhée est survenue et les ulcérations ont perdu leur bonne apparence; suppression de la salsepareille; on fait prendre une infusion de rhubarbe, et, dans le cas où la diarrhée continuerait, une mixture avec la craie et quelques gouttes de laudanum est prescrite.

28. La diarrhée a beaucoup diminué. On donne de nouveau la salsepareille, en substituant quinze grains d'iodure de potassium à l'acide nitrique étendu, et on fait lotionner les ulcères avec le sulfate de zinc. (Deux grains pour une once d'eau.) Ce traitement est continué jusqu'au 25 octobre, époque à laquelle le malade sort guéri.

Dans l'observation précédente, il ne se présenta aucun symptôme secondaire autre que le rupia : on ne vit paraître ni ulcérations à la gorge, ni douleurs ostéocopes, ni exostoses, comme on aurait pu s'y attendre après un traitement mercuriel aussi rigoureux.

(*The Lancet*. Octobre 1844.)

IRITIS SYPHILITIQUE, ÉRUPTION TUBERCULEUSE.

Mary Carlton, âgée de 22 ans, fut reçue à Lock-hospital, le 29 novembre, dans le service de M. Cutler. Elle dit qu'elle s'était aperçue, plusieurs mois auparavant, de l'apparition d'un chancre aux parties génitales, chancre qui avait été précédé d'un écoulement vaginal. Il y a deux mois qu'une éruption s'était développée d'abord à la face, puis sur tout le reste du corps. A la même époque, la gorge était devenue malade, et postérieurement enfin l'affection des yeux s'était déclarée. Aucun traitement n'a jusqu'à présent été mis en usage.

État lors de son entrée à l'hôpital. — Il existe un chancre de mauvais aspect et de la largeur d'un shelling, à l'entrée du vagin; il est induré, et la matière qui s'en écoule est peu abondante et jaunâtre. On remarque sur toute la surface du corps une éruption tuberculeuse peu développée en général, mais pourtant assez saillante sur le front et les ailes du nez. Les tonsilles et le voile du palais offrent des ulcérations étendues; l'iris du côté gauche est d'une couleur sale et trouble; la pupille est très-contractée irrégulièrement et complétement adhérente dans les deux tiers au moins de son bord à la portion antérieure de la capsule cristalline, qui présente elle-même une teinte nébuleuse; on remarque un peu de pus dans la chambre antérieure; la conjonctive et la sclérotique sont enflammées fortement, et la vision est entièrement abolie. Il y a déjà huit jours que cette affection existe. — De plus la langue est sale, la peau très-chaude, plus de selles depuis une semaine.

Prescription. — Six drachmes d'huile de castor, qui en peu d'heures donne lieu à d'abondantes évacuations; tirer douze onces de sang par les ventouses appliquées à la tempe gauche; faire prendre toutes les quatre heures, calomel deux grains, opium un quart de grain; appliquer de la belladone au-dessus du sourcil; un bouillon.

Le 2 décembre. On ne constate aucun changement, et l'on continue la même prescription.

Le 5. L'iris est un peu moins obscure, et l'opacité de la capsule moindre; la malade commence à distinguer un peu le jour; la bouche n'est pas encore malade : on continue le calomel et l'opium, etc., etc.

Le 8. On observe une amélioration notable dans l'état de l'œil; l'iris a repris sa teinte naturelle; le pus qui existait dans la chambre antérieure a été résorbé; l'injection de la conjonctive et de la sclérotique a beaucoup diminué; le bord pupillaire reste encore très-adhérent à la capsule, et la vision est très-indistincte; les gencives sont légèrement tuméfiées : continuation du même traitement.

Le 12. La vision s'améliore graduellement; le chancre qui existait à l'entrée du vagin est guéri, et l'écoulement a disparu par l'usage d'injections avec l'acétate de plomb; les tubercules commencent à présenter de la desquammation, et les ulcères du voile du palais et des tonsilles sont en voie de guérison; le gonflement des gencives a augmenté de telle sorte qu'on ne fait plus prendre le calomel et l'opium que deux fois par jour.

Le 17. La malade a presque retrouvé la vue; quelques nouveaux tubercules se sont développés; les gencives sont très-malades. On supprime alors le calomel et l'opium, et l'on donne une pinte de décoction de salsepareille composée, deux drachmes par jour d'une solution de bichlorure de mercure, et un gargarisme alumineux. Ce traitement est continué jusqu'au 16 janvier 1844, époque où la malade sort guérie de l'hôpital, le bord inférieur de la pupille restant toujours adhérent à sa capsule cristalline.

(*Ibidem*. Septembre 1844.)

ÉTIOLOGIE ET TRAITEMENT DE LA MILIAIRE.

Au dernier congrès scientifique d'Italie tenu à Milan pendant le mois de septembre dernier, le docteur Strambio a présenté quelques considérations propres à éclairer autant que possible l'étiologie de cette maladie.

1° En parcourant l'histoire de la miliaire épidémique, on trouve que, depuis sa première apparition à Leipsick, en 1652, alors qu'après avoir frappé d'abord les femmes en couches seules, elle atteignit ensuite les hommes et les femmes de tout âge, jusqu'à environ la moitié du siècle passé, époque à laquelle elle se répandit en Italie, et exerça principalement ses ravages à Novarre, puis à Milan, à Mantoue, Vérone, Plaisance, Modène, Rimini, Faenza, cette maladie exanthématique a toujours sévi de préférence, dans les diverses épidémies, sur les localités où les fièvres périodiques intermittentes sont, pour ainsi dire, indigènes. Personne n'ignore, en effet, que dans le Novarrais, le Mantouan, le Bas-Véronais et autres lieux où ces fièvres règnent constamment, là aussi la fièvre miliaire a, dans tous les temps, et aujourd'hui même, exercé ses ravages; offrant du reste toutes ces variétés, ces anomalies, ces changements dans les périodes, la durée, etc..., que montrent habituellement les exanthèmes qui règnent épidémiquement.

2° La miliaire ne reste pas stationnaire dans les lieux où règnent les fièvres intermittentes, mais elle s'annonce ordinairement avec des phénomènes et un type d'intermittence ou de rémittence, et peut présenter aussi ceux qui de continue accompagnent les intermittentes les plus légitimes.

3° Lorsque la miliaire ne revêt pas un type périodique intermittent, ni à son apparition, ni plus tard, elle présente cependant des particularités qui offrent généralement des périodes régulières pendant le cours de la maladie. Ainsi: 1° le stade qu'on pourrait appeler d'incubation, et qui précède l'éruption chaque fois que la fièvre est pour se développer, ne dépasse jamais le septième jour; 2° les vésicules miliaires se développent généralement à la fin du septième jour, mais plus souvent au quatorzième de la fièvre, quelquefois encore vers le vingt et unième, et même le vingt-huitième; de sorte qu'à Milan, sur 100 malades atteints de miliaire, on peut dire que chez 30 d'entre eux l'éruption parut le septième jour; chez 60, le quatorzième jour; chez 10 seulement, avant ou après le quatorzième; 3° si à la première éruption en succèdent d'autres, ce qui a lieu assez souvent, celles-ci se répètent ordinairement tous les septièmes jours ou tous les quatorzièmes. L'auteur cite plusieurs observations de ce genre.

4° L'éruption miliaire n'est pas la seule qui se montre ou se répète chaque semaine, mais on remarque aussi une rougeur érithémateuse étendue à toute la langue et à la gorge, et surtout des aphtes qui, remplaçant quelquefois l'éruption miliaire, vont se répétant plusieurs fois comme celle-ci aux jours et aux intervalles de temps qu'elle a coutume d'adopter: fait observé déjà par Hamilton à la fin du seizième siècle.

5° Il existe des symptômes très-fréquents dans le cours de la miliaire : tels sont la dysurie, l'astralgie, la pleurodynie, la toux bronchiale, l'hépatalgie, la gastralgie, le délire, le côma, etc., etc.; ils précèdent l'éruption de l'exanthème à la peau, et se calment ou disparaissent lorsque celui-ci apparaît, reviennent lorsqu'il revient, et ordinairement, dans ces cas, tous les sept jours, pendant cinq ou six fois, ce qui justifie l'opinion de l'auteur, que l'action du principe miliaire se porte d'abord sur les membranes internes avant de se montrer à la peau; c'est ce qui, pour lui, démontre clairement l'*essentialité* et la *contagiosité* de la miliaire: en effet, il croit que le virus miliaire est un véritable exanthème, cause primitive et foyer principal de toutes les inflammations antécédentes, concomitantes et subséquentes à son développement, ainsi que cela a lieu dans la variole, la scarlatine et les typhus contagieux de toute forme.

Le docteur Strambio termine cet essai en se demandant si, cette périodicité étant constatée par des observations ultérieures, on arrivera à savoir si ces divers phénomènes ne sont pas fortuits. Ne pourra-t-on pas alors à bon droit soutenir ou au moins soupçonner qu'une de ces causes, ou bien celle même qui engendre la fièvre périodique intermittente, est une des principales qui produisent la miliaire? Et toutes les formes morbides concomitantes ou subséquentes à la miliaire ne pourraient-elles pas s'expliquer ou se comparer à celles qui sont les compagnes des fièvres intermittentes et par lesquelles celles-ci dégénèrent en pernicieuses, larvées, et subcontinues?

Telle semblerait être au moins l'opinion du docteur Strambio, opinion appuyée, du reste, sur les faits cités plus haut, et que l'histoire de la miliaire, observée depuis longtemps, vient confirmer. Ajoutons que plusieurs des médecins italiens qui prirent part à la discussion sur ce travail au congrès scientifique, signalèrent aussi cette périodicité et le caractère évidemment contagieux de cette maladie.

Nous trouvons encore dans l'analyse d'un ouvrage posthume sur le même sujet écrit par un autre médecin italien, M. P. Atassi

les conclusions suivantes, relatives au traitement.

« Les aspersions froides et les bains généraux et locaux sont le véritable remède de la miliaire; les bains chauds ou tièdes sont le plus ordinairement nuisibles.

« Les purgatifs drastiques sont toujours dangereux par leur effet irritant ou l'excitation qu'ils produisent sur les intestins.

« Il faut, selon les cas, favoriser les sueurs que l'on croit symptomatiques et qui, suivant l'auteur, sont inaptes à chasser la maladie, ou bien les arrêter si elles sont nuisibles; il regarde en effet comme indiqué de les supprimer instantanément dans divers cas de la miliaire.

« L'emploi des ablutions générales avec le chlorure de chaux réussit très-bien dans cette maladie, de même que l'usage interne de l'acide sulfurique étendu.

« Les sels de quinine, administrés avec précaution, ont la vertu de rendre l'énergie aux organes dont la vitalité est pervertie, état qui engendre l'intermittence et la périodicité. L'auteur cependant considère leur effet comme controstimulant. Le traitement de la miliaire par les vapeurs sulfureuses est nuisible ou utile selon l'état aigu ou chronique de la maladie.

« L'acupuncture peut sauver le malade des dangers les plus pressants dans la miliaire, et le seigle ergoté, administré à hautes doses, est un des meilleurs remèdes contre cette affection.

« Dans la miliaire accompagnée d'autres affections contagieuses, le traitement ne diffère que quant à son plus ou moins d'énergie et à son danger.

« On doit proscrire comme inutiles ou dangereux les médicaments mercuriels, les exanthèmes produits artificiellement, les onctions huileuses, l'hydriodate de potasse, recommandé par quelques auteurs, l'iodure de fer et les bains controstimulants. »

(*Annali univ. di Med, fasc.* de septembre et novembre 1834.)

TRAITEMENT DU CHANCRE PRIMITIF,

par Thomas Bartlett,

chirurgien-assistant au 44e régiment.

Avant la publication du traité de John Hunter, dit l'auteur, on ne paraît pas avoir eu une idée exacte des lois qui régissent l'affection vénérienne, et par conséquent, des vues justes sur son traitement. Si les anciens auteurs n'ont pas assez généralisé, il faut avouer que de son côté Hunter a eu le tort opposé; et la première direction vicieuse vers laquelle son puissant esprit se laissa entraîner fut de croire qu'il était presque impossible que le premier chancre d'une contagion pût être guéri sans affecter la constitution. « Dans tous les cas où il existe un chancre, dit-il, quelque léger qu'il soit, on doit donner le mercure à l'intérieur, alors même que le chancre a été détruit dès son apparition. On doit toujours administrer le médicament non-seulement jusqu'à la guérison du chancre, mais pendant quelque temps après; en effet comme il y a peut-être peu de chancre sans absorption de la matière, il devient absolument nécessaire de donner le mercure afin d'agir à l'intérieur et d'empêcher la diathèse vénérienne de se former etc., etc. » Après avoir critiqué cette opinion de Hunter, M. Bartlett se demande si, en ayant la prudence de donner le mercure pour les affections vénériennes locales, il ne serait pas plus judicieux d'en remettre l'administration après la guérison du chancre primitif, afin d'être certain qu'aucune absorption ne peut plus avoir lieu et d'empêcher ainsi le développement de symptômes secondaires; à moins que la guérison du chancre primitif ait été négligée?...

Dans la chirurgie militaire, depuis sir James M'Gregor, on regarde comme principale indication dans le traitement du chancre huntérien primitif de mettre l'organisme à l'abri des effets de l'absorption du virus syphilitique, en détruisant le chancre aussitôt que possible sans mercurialiser l'économie. M. Bartlett partage cette opinion et ajoute à ce sujet : « En examinant attentivement ce point, je pensai que, comme l'eau phagédénique noire (1) m'avait toujours paru un bon médicament, les substances actives qui entrent dans sa composition pourraient amener une prompte cicatrisation du chancre. A cette époque je possédais un vaste champ d'observation, chargé que j'étais du service médical du 51e régiment d'infanterie légère, et je pus mettre mon idée en pratique. Voici de quelle manière je dirigeais le traitement. Je touchais légèrement toute la surface du chancre avec un crayon sec de caustique lunaire, puis j'appliquais dessus un linge sec. Après la chute de l'escarre, qui avait lieu quelquefois en vingt-quatre, le plus souvent en quarante-huit heures, je saupoudrais avec soin tout le chancre, préalablement lavé, avec du calomel sec; après quoi une bande de linge, suffisamment longue pour envelopper le pénis, était appliquée après avoir été mouillée avec de l'eau froide. Ce pansement était renouvelé de la même manière une fois par jour, en ayant soin de laver

(1) L'eau phagédénique noire est composée de :

Calomel..........	4 gram.
Opium en poudre.....	2 gram.
Eeau de chaux.......	375 gram.

chaque fois le chancre avec de l'eau tiède pour enlever entièrement la matière de la suppuration. Si le prépuce était court on se servait d'emplâtre agglutinatif pour empêcher la chute du linge ; si le chancre avait détruit une partie du frein on divisait le reste avec le bistouri, afin de ne pas retarder la guérison. Aucun traitement constitutionnel n'était nécessaire. Lorsque les chancres ont été de courte durée, et n'offrent pas les signes caractéristiques du véritable ulcère huntérien, l'application du caustique est inutile pour hâter la guérison. Est-ce parce que le virus syphilitique n'a pas pénétré au delà de la surface externe de l'ulcère qu'il se guérit dès le principe sans détruire la vitalité ?... J'ai appliqué le mode de traitement dont je parle actuellement dans un nombre si considérable de cas, que je n'hésite pas à le recommander à l'attention des praticiens comme le plus expéditif pour obtenir la guérison des chancres. Dans deux cas seulement elle a été plus longue : chez l'un des malades le tissu cellulaire du prépuce devint le siége d'une escarre : lorsqu'on cessa le traitement, on lui substitua momentanément des fomentations chaudes et des cataplasmes; puis on revint au premier mode de pansement, de sorte qu'il y eut une semaine de retard dans la guérison du chancre. Le malade était de faible constitution et d'une apparence maladive. Le second cas était celui d'un officier qui avait négligé de suivre les avis qu'on lui avait donnés et m'avait assuré que son chancre était guéri, tandis qu'il existait en dessous de la verge un ulcère sinueux pour lequel il fallut recommencer le traitement ; dès lors on y porta plus d'attention et le chancre guérit rapidement, eu égard surtout à sa profondeur mais non pas avant le développement des symptômes secondaires, tels qu'une éruption squammeuse, des douleurs dans les os des jambes, des ulcères aux amygdales, qui disparurent à l'aide d'un traitement mercuriel ; une salivation peu abondante fut entretenue jusqu'à la disparition de l'éruption, et la gorge fut touchée avec le sulfate de cuivre. Il est remarquable que le seul cas de symptômes secondaires que j'aie eu dans ma pratique, depuis que j'ai adopté ce mode de traitement ait eu lieu chez un malade qui n'avait subi antérieurement aucun traitement...

Rien peut-être ne montre plus clairement les grands progrès qui ont été faits dans le traitement de la syphilis depuis John Hunter, que cette opinion qu'il émet, qu'il est plus aisé de guérir une gonorrhée qu'un chancre...

Quelques observations sur un traitement semblable à celui du docteur Bartlett sont mentionnées dans le numéro de *La Lancette*, du 30 juin 1838, par M. Burton, du régiment d'Afrique, mais nous n'avons rien à dire de ces observations qui se trouvent relatées dans les registres médicaux du corps auquel ce médecin était attaché. (*London med. Gazette*, *oct.* 1844.)

Nous regrettons d'abord que M. Bartlett n'ait pas indiqué la date de ses premiers essais, ni la durée du traitement puis nous rappellerons que le traitement abortif du chancre n'est pas chose nouvelle parmi nous. Il est fâcheux enfin que dans le but d'établir la valeur de ses expériences, relativement aux accidents consécutifs, et aux symptômes secondaires, M. Bartlett n'ait pas établi d'une manière positive l'état des hommes qu'il prétend avoir guéris, le temps qu'il a pu les avoir sous les yeux, etc. : car tout le monde sait combien est variable l'époque d'apparition de ces symptômes.

—

LEÇONS

SUR LES MALADIES VÉNÉRIENNES,

par le docteur COLLES.

La presse médicale de Dublin publie une série des leçons du professeur Colles, mort il y a quelque temps, sur les maladies syphilitiques. La réputation que ce médecin s'était acquise par sa longue expérience et aussi par l'opposition qu'il fut presque seul à soutenir contre la réaction antiviruliste, réaction qui, à une certaine époque, avait envahi l'Angleterre comme la France, nous engage à extraire les parties les plus intéressantes de ce travail.

Syphilis chez les enfants.

L'auteur a la conviction qu'une affection syphilitique secondaire peut donner naissance à des symptômes primitifs chez une autre personne ; sa pratique lui en a, dit-il, offert des preuves décisives ; ce qui lui semble plus difficile à comprendre, c'est qu'un enfant qui naît avec des symptômes vénériens non douteux puisse être le fruit de parents qui ne portaient acun symptôme apparent, soit primitif, soit secondaire de l'affection, depuis quelque temps ou avant leur mariage. L'expérience du docteur Colles lui a encore prouvé qu'un homme qui n'a pas de symptômes visibles peut donner la maladie à une femme, laquelle offrira une forme secondaire, sans avoir jamais eu elle-même de symptômes primitifs ; il a eu beaucoup de difficulté à se convaincre de la possibilité d'une semblable déviation dans le mode supposé de propagation de l'affection vénérienne, et dans les lois qu'elle observe dans sa marche. Il a vu aussi une succession de symptômes secondaires chez des hommes

qui avaient ignoré qu'ils eussent contracté un chancre, et chez lesquels l'examen le plus minutieux n'avait pu faire découvrir en aucun endroit de traces d'ulcère primitif; on pourrait supposer, dans ce cas, qu'un petit chancre avait existé et s'était guéri sans attirer l'attention du malade, dont la confiance dans la femme avec laquelle il avait eu des rapports ou la négligence et le peu de soin de sa propre personne aurait détourné l'attention; tels ne sont pas les faits qui ont été soumis à l'observation de l'auteur. Il a donné des soins à des personnes dans la véracité desquelles on pouvait placer la foi la plus entière, qui se seraient fait le plus grand scrupule de communiquer leur maladie à une femme, et qui, considérées par leurs médecins comme parfaitement guéries d'un chancre, avaient, au bout de six, de neuf ou de douze mois, donné lieu à une affection secondaire chez leurs épouses.

Un autre fait très-authentique est celui-ci : un homme guéri, en apparence, de la syphilis, et qui se marie à une femme pure de toute atteinte, aura un enfant qui naîtra avec des traces de l'affection, bien qu'aucun des parents n'offre, pendant toute la durée de la gestation, le moindre indice de maladie vénérienne. Bien plus, il peut en être de même pour deux ou trois enfants, sans que le père ou la mère paraisse aucunement malade.

Un enfant peut venir au monde portant sur son corps les marques évidentes d'une maladie vénérienne, ou bien il peut être mort-né avec ces marques, ou bien il peut être né sain en apparence, et les symptômes de syphilis infantile ne se développer qu'à une époque ultérieure. Lorsque la maladie se développe dans l'utérus, le fœtus arrive rarement à maturité; le travail se déclare vers le septième ou le huitième mois (1), et l'enfant semble être mort depuis quelque temps. Cet accident peut se répéter deux ou trois fois dans les années suivantes, et l'état apparent de bonne santé des parents, l'absence de tout symptôme syphilitique, laisser ignorer la cause véritable de la mort du fœtus. Si, au contraire, l'enfant naît vivant avec des symptômes vénériens, il offre le triste tableau d'une émaciation extrême, les traits du visage sont creusés, la peau de tout son corps est ridée et couverte, surtout aux environs de l'anus, d'une éruption cuivrée. En cet état, il peut vivre pendant plusieurs jours, mais ordinairement ce n'est que pendant quelques heures.

Lorsque l'enfant, au moment de sa naissance, ne présente rien de particulier dans son apparence, il peut se conserver quelques semaines en état de santé passable, mais tôt ou tard on voit apparaître les signes non équivoques d'infection syphilitique, c'est-à-dire les taches cuivrées autour de l'anus, s'étendant quelquefois jusqu'aux lèvres de la vulve ou à la peau du scrotum. En même temps il s'opère un changement remarquable dans la voix : ce n'est plus rien de semblable au cri d'un enfant, mais un son brisé et rauque qu'on n'oublie plus une fois qu'on l'a entendu, et qui ressemble un peu à celui qui a lieu dans certaines affections de mauvaise nature; fréquemment aussi on voit le gosier et le dedans de la bouche couverts d'ulcérations superficielles. Par le nez s'établit un écoulement qui se concrète très-aisément en croûte et gêne beaucoup la respiration de l'enfant. Quelquefois la conjonctive de l'un ou des deux yeux s'enflamme, et quoique cet état ne soit pas, du reste, très-intense, il se forme une petite quantité de pus. Partout où la peau forme des plis et est amincie, il peut se faire des excoriations qui bientôt dégénèrent en ulcères. Comme on le présume bien, une ou deux glandes lymphatiques peuvent aussi être prises d'inflammation, et suppurer ; mais sous forme chronique, et l'ulcération qui succède offrira aussi le même caractère de chronicité. A mesure que ces symptômes se développent et font des progrès, on voit l'enfant maigrir, perdre de plus en plus le repos, devenir agité, faire entendre constamment son cri faible et court, rester sans appétit et sans sommeil, et mourir enfin épuisé par ses souffrances.

Plusieurs de ces symptômes sont particuliers à l'enfant, et d'une autre part, il est remarquable que quelques-uns des phénomènes vénériens secondaires les plus communs chez l'adulte, tels que l'ozène, les nodus, etc., etc., ne s'observent nullement chez lui, et que même les symptômes analogues ne présentent pas les mêmes caractères chez l'un et l'autre. Il ne semble pas y avoir dans ces symptômes un ordre de succession régulier, quelques-uns pouvant précéder les autres, d'autres pouvant manquer tout à fait; les altérations qu'on observe aux environs de l'anus sont, pense M. Colles, les plus constantes chez l'enfant atteint de syphilis, et même elles sont assez uniformes ; ce sont des pustules rapprochées l'une de l'autre, pouvant s'étendre, comme il a été dit, et acquérir un certain volume, si l'on n'emploie aucun traitement; quelque temps après, elles se couvrent d'ulcérations qui sont ou superficielles, surtout au début, ou un peu déprimées, mais qui ne ressemblent nullement à quelques autres affections que l'on rencontre chez l'enfant aux mêmes parties; la surface de l'ulcère ne dépasse jamais le niveau de la peau environnante.

Il existe cependant en Irlande une maladie

(1) L'avortement, dans cette circonstance peut avoir lieu à tous les termes et non pas seulement au septième ou au huitième mois. (N. du R.)

nommée par les gens de la campagne *button scurvy* (1), qui occupe quelquefois chez les enfants le même siége que les pustules vénériennes et que l'on pourrait confondre avec elles. Le button scurvy est ordinairement sec à sa surface, excepté lorsqu'il existe entre les fesses ou au fond d'un pli de la peau, car alors cette surface est un peu humide, et c'est dans ce cas qu'on pourrait le prendre pour une pustule syphilitique; quelques auteurs, il est vrai, l'ont considéré comme ayant une origine vénérienne, mais c'est sans aucune raison. En tous cas on peut le distinguer d'une affection syphilitique par les caractères qui viennent d'être assignés aux pustules, et parce qu'il ne présente pas cette teinte cuivrée qui colore toujours celles-ci, parce qu'il est saillant à son centre, et parce qu'il n'est pas accompagné des éruptions et autres symptômes secondaires qui se développent chez l'enfant syphilisé.

Le docteur Colles rappelle qu'il a la ferme conviction que la maladie vénérienne peut se propager aussi bien à l'aide de symptômes secondaires que de symptômes primitifs, et insiste sur les faits dont il a été témoin: 1° d'enfants nés sains de parents en apparence bien portants, qui n'avaient jamais eu d'affection vénérienne, enfants contaminés par des nourrices qui portaient seulement sur tout leur corps une demi-douzaine de pustules vénériennes au moment où elles commencèrent à leur donner le sein; 2° d'enfants nés avec la syphilis, et qui la communiquèrent à des nourrices saines. Il ajoute qu'il a vu un enfant sain être contaminé pour avoir couché avec une femme qui était couverte d'une éruption syphilitique, sans qu'il eût pris son sein, et communiquer ensuite la maladie à une nourrice précédemment bien portante. C'est un fait qui, sans qu'on cherche à en donner l'explication, est d'une grande importance à noter.

Des boutons de nature douteuse apparaissent quelquefois aux environs de l'anus chez les enfants, et on ne peut toujours, d'après leur seule coloration, les distinguer des véritables symptômes vénériens; comme ils naissent surtout à l'occasion d'un dérangement dans les fonctions digestives ou dans la santé générale, il peut exister en même temps une émaciation considérable, les traits s'altèrent au point de les faire ressembler à ceux d'un vieillard, de même que cela a lieu d'une manière si remarquable chez l'enfant véritablement atteint de syphilis; mais si l'on observe les progrès de cette maladie cachectique, et si l'on emploie un traitement simple propre à rétablir l'harmonie des fonctions, on voit peu à peu disparaître ces symptômes de nature douteuse. Quel que soit le traitement qu'on emploie dans ce dernier cas, l'enfant n'offrira jamais la *vox rauca* caractéristique de la syphilis, car la gorge ne sera pas atteinte; la voix, en effet, lorsqu'il n'y a pas de syphilis, a plutôt une qualité de son opposée, elle devient faible, et semble descendre d'une tierce (treble). Il existe, a-t-il été dit, une espèce d'ulcère superficiel qui se développe occasionnellement autour de l'anus chez les enfants; on pourrait le prendre comme symptôme vénérien, surtout si quelque circonstance accessoire, telle qu'une affection antérieure du père, venait augmenter encore les soupçons; mais il affecte une forme et une marche chronique, et on peut le guérir par des applications stimulantes employées avec ménagement. On peut en dire autant des fissures de la marge de l'anus, qui ne sont pas très-rares, et qui s'étendent quelquefois jusque dans la cavité de l'intestin; mais qui, semblables à l'ulcère dont il vient d'être question, guérissent à l'aide de topiques et d'un traitement général. Dans aucun de ces cas, on ne verra survenir de symptômes secondaires concomitants.

Traitement. — Dans un grand nombre de cas où la maladie n'a pas fait de grands progrès, et où il ne semble pas être besoin de moyens énergiques, on réussit parfaitement en soumettant la nourrice seule à l'influence du traitement mercuriel; il n'est pas douteux, en effet, que la maladie ne puisse être vaincue de cette manière chez l'enfant; cependant, M. Colles ne voit pas d'inconvénients sérieux à donner le médicament à l'enfant lui-même, et il a l'habitude de le soumettre ainsi que la nourrice au même traitement. Il a vu, en effet, un cas dans lequel le traitement porté chez la nourrice seule jusqu'à la salivation ne put guérir complétement l'enfant, et il a entendu parler de faits semblables. La manière d'administrer le mercure à la nourrice ne diffère en rien de celle mise en usage habituellement chez les adultes; les formes et les doses sous lesquelles l'auteur l'emploie chez l'enfant consistent soit dans de petites frictions pratiquées avec cinq ou six grains d'onguent mercuriel, soit en un ou deux grains de pilules bleues triturés avec un peu de sirop ou de mucilage, et donnés chaque jour, soit en un huitième ou un quart de grain de calomel mélangé avec du sucre, soit enfin dans la préparation nommée hydrargyrum cum creta (1) déposée sur la langue, et que l'on fait avaler en donnant à boire un peu de lait.

(1) Voir, dans nos *Annales*, l'article concernant cette maladie. N° de septembre 1844.

(1) Hydrargirum cum creta de la Pharmacopée de Londres:

Mercure............	90 gram.
Craie..............	150 gram.

De quelque manière que le mercure ait été administré à doses continues chez l'enfant, M. Colles rappelle qu'on ne doit pas s'attendre aux mêmes effets d'absorption que chez l'adulte; on ne voit survenir ni gonflements, ni ulcérations des gencives, ni salivation. On ne doit pas redouter autant l'action délétère de ce médicament chez le premier que chez le deuxième, car on n'a jamais observé chez l'enfant aucun des graves accidents qui peuvent provenir d'une direction vicieuse imprimée au traitement. Il sera prudent de continuer l'usage du mercure quelque temps après la disparition des symptômes, et alors on se contentera de le donner à la nourrice seule.

Ainsi, bien que la véritable nature et les caractères de l'affection syphilitique chez les enfants ne puissent laisser aucun doute dans l'esprit d'un praticien, elle offre cependant des particularités remarquables qui méritent de fixer l'attention : 1° Les symptômes sont moins prononcés et moins compliqués dans l'enfance, ce que l'on doit attribuer et à la manière dont le virus pénètre dans l'économie, et aux soins qu'on donne à l'enfant et à la régularité de son régime; de là, plus grande uniformité dans le développement et les progrès de l'affection. 2° Celle-ci est constatée avec une bien plus grande facilité dans l'enfance que dans les autres âges. M. Colles a connu quatre ou cinq membres d'une famille, qui, allaités par une même nourrice saine, devinrent promptement malades, eurent des éruptions vénériennes, des chancres aux lèvres et aux organes génitaux, et autres symptômes, qui ne cédèrent qu'à un traitement mercuriel sans qu'il existât la moindre ulcération chez la personne qui servait de communication. En effet, il considère l'affection syphilitique des enfants comme une des maladies les plus contagieuses qu'il connaisse. 3° Il y a certains symptômes secondaires communs à l'adulte, et auxquels l'enfant ne paraît pas exposé; on peut ajouter que les symptômes qui chez les enfants ont quelque analogie avec ceux de l'âge adulte, ne subissent presque jamais chez eux les changements si formidables qu'on observe chez les seconds, soit qu'on ait ou non employé un traitement. Une autre particularité à noter dans l'histoire de la syphilis des enfants est celle-ci : si l'on suppose qu'un enfant présente bientôt après sa naissance des indices d'une affection syphilitique intra-utérine, et que la mère elle-même n'ait jamais offert aucun symptôme de la maladie, cette mère sera complétement préservée de l'inoculation de la part de son propre enfant qu'elle allaite, tandis qu'une autre jeune femme saine qui remplirait ce office deviendrait bientôt malade.

On peut déjà voir, d'après ce qui vient d'être dit, que le docteur Colles est très-partisan du traitement mercuriel, et qu'il n'a, dit-il, jamais vu une guérison complète et permanente sans l'usage de ce médicament.

(Dublin, *Medical Press*, décembre 1844.)

Nous analyserons tout ce que le développement de ces leçons pourra présenter de neuf ou d'important : cette distinction est bien due a un praticien qui représente en Angleterre les opinions que l'école des non-identistes professe aujourd'hui en France.

TESTICULE VÉNÉRIEN.

OBSERVATION RECUEILLIE PAR M. DUCLOS, INTERNE DE L'HOPITAL DES VÉNÉRIENS;

Service de M. VIDAL (de Cassis),

Prevost (Charles), âgé de trente ans, entré à l'hôpital le 12 décembre 1844.

Ce malade, couché au n° 27 de la salle 11, et interrogé à plusieurs reprises différentes, raconte qu'il a été deux fois atteint de blennorrhagie : la première il y a quatre ans environ, la seconde deux ans après. Ces deux blennorrhagies ont été rapidement guéries sans laisser aucune trace. Le malade affirme positivement que jamais il n'a eu d'orchite.

Il y a cinq mois, il fut atteint de chancre sur le prépuce, et soumis à un traitement mercuriel. Après quarante jours de traitement, le chancre avait disparu. Cinq ou six jours après cette disparition, le testicule droit commença à s'engorger, à augmenter de volume sans présenter d'ailleurs ni rougeur, ni chaleur, ni douleur. Ce gonflement, lent, progressif, avec dureté de l'organe, provoqua l'entrée du malade dans les salles de M. Blandin. On diagnostiqua un testicule vénérien, et on prescrivit un traitement mercuriel.

Après trois semaines de traitement, le testicule avait singulièrement diminué de volume. Le malade exigea sa sortie et cessa complétement l'usage des préparations mercurielles. Mais presque aussitôt le volume du testicule s'accrut notablement, et le malade entra à l'hôpital du Midi.

A son arrivée, il donna les renseignements que nous avons indiqués. Il ajoute que jamais il n'a eu d'éruption cutanée ou quelque symptôme syphilitique du côté du pharynx. Son testicule droit est d'un volume double au moins du gauche; sa forme est parfaitement conservée; il est dur, n'offre ni chaleur, ni rougeur, ni douleur. On distingue l'épididyme bien net; le cordon n'offre ni douleur, ni altération dans son volume. La sensation qu'on perçoit en pressant le testicule est celle d'un corps résistant, cédant difficilement, et ne donnant pas cette sensation propre aux phlegmasies, même anciennes, du testicule, ou aux collections liquides, même peu abondantes, de la tunique vaginale.

Le malade est soumis au traitement mercuriel.—Pilules de proto-iodure de mercure.

Aujourd'hui, 24 janvier, l'amélioration, qui s'est manifestée graduellement et régulièrement, est très-notable. Le testicule droit est à peine un peu plus volumineux que le gauche ; il est moins dur. Tout annonce une guérison prochaine et complète.

— Cette simple observation nous semble offrir un grand intérêt. Elle montre d'abord que, contrairement à une opinion récemment émise sur ce point, le testicule vénérien n'est point une orchite à telle ou telle période de sa durée. C'est une affection qui diffère, en effet, de l'orchite par trop de caractères, soit anatomiques, soit physiologiques :

Par l'intégrité de l'épididyme;

Par le siége de la lésion dans le testicule même ;

Par la forme de la tumeur, qui est exactement celle du testicule;

Par le mode de production; c'est-à-dire le développement progressif, lent;

Enfin, par la coexistence ou la production antérieure de chancres bien constatés.

Ce sont donc deux affections complétement distinctes, et nous devons remarquer combien ce fait est important à constater, puisqu'il est la base de la thérapeutique à instituer.

Deux autres considérations nous semblent ressortir de ce fait. D'abord, dans la production d'un symptôme qu'on appelle tertiaire, le testicule vénérien, à une époque aussi rapprochée du symptôme primitif, le chancre, et sans production intermédiaire de symptôme secondaire (ce qui fait que le troisième est arrivé avant le second). C'est un fait qu'on ne peut faire rentrer dans la loi générale qu'en supposant, ce qui semble bien peu probable pourtant, que le chancre a été consécutif, que le point de départ de l'infection syphilitique, le symptôme primitif en un mot a été la blennorrhagie contractée deux années auparavant.

La seconde considération qui ressort de ces faits, comme de tant d'autres, c'est la rapide reproduction du mal lorsque le traitement a été interrompu pendant un intervalle même très-court, et par suite, selon M. Vidal, la nécessité de recommencer tout entier le traitement mercuriel, lorsqu'à une période avancée quelquefois, mais insuffisante de ce traitement, il a été suspendu.

Dans la même salle se trouve un malade atteint d'une tumeur des bourses qui nous paraît être une combinaison du testicule vénérien et de l'orchite; il nous fournira l'occasion de revenir sur le diagnostic de ces deux maladies.

Nous avons cru devoir reproduire ce fait, avec les conclusions qui en sont déduites, parce que ces dernières paraissent avoir été posées comme une contradiction aux opinions émises par M. H. de Castelnau sur l'orchite chronique ; nous renvoyons, pour l'appréciation du conflit, aux articles de notre collaborateur.

OBSERVATION DE CANITIE CHLOROTIQUE.

Dans une des dernières séances de la société médico-pratique de Paris, M. le docteur Richelot a rapporté l'observation suivante, qui présente un certain intérêt au point de vue de l'étiologie des affections de la peau et de ses annexes, et qui vient à l'appui de ce que j'ai dit sur ce sujet :

Il y trois ans environ, dit-il, je fus appelé à donner des soins à une jeune demoiselle de 16 à 17 ans, d'ailleurs bien développée et d'une belle organisation, mais qui présentait les symptômes les mieux caractérisés de la chlorose. Je n'ai pas besoin de décrire ici la maladie, dont le diagnostic ne pouvait être douteux. Je me bornerai à citer un phénomène morbide que je n'ai vu signalé nulle part comme faisant partie des symptômes de la chlorose, et que je n'avais encore jamais observé. Cette demoiselle, qui avait de beaux cheveux châtain-clair, avait remarqué, à son grand chagrin, que depuis qu'elle était malade, une grande quantité de ses cheveux poussaient blancs, et que le nombre des cheveux qui devenaient blancs allait toujours en augmentant. En effet, un grand nombre de ses cheveux étaient entièrement blancs à partir du cuir chevelu jusqu'à quatre ou cinq centimètres de leur naissance, puis présentaient leur coloration normale dans le reste de leur longueur, ce qui donnait à sa chevelure un aspect panaché fort bizarre. Cette demoiselle fut soumise à un traitement ferrugineux qui amena graduellement une guérison solide. Ce qu'il y eut de remarquable, c'est qu'en même temps que l'affection chlorotique se dissipait sous l'influence des préparations de fer, la canitie se guérissait également. En effet, à partir du moment où l'état de la santé générale s'améliora, et où les couleurs revinrent au visage, les cheveux qui avaient commencé à pousser blancs se remirent à pousser avec leur coloration naturelle, et la canitie ne se manifesta plus dans aucun autre cheveu. De sorte que, quand la jeune personne fut complétement guérie, elle avait un grand nombre de cheveux qui, châtains à leur naissance dans une certaine étendue, étaient blancs ensuite dans une longueur de plusieurs centimètres, et redevenaient châtains dans le reste de leur longueur. La portion blanche était celle qui avait poussé pendant que la jeune personne était chlorotique. Tous ces cheveux furent arrachés quelque temps après le rétablissement complet de la santé, et depuis ce temps cette demoiselle n'a pas eu un seul cheveu blanc. Ainsi, sous l'influence de la chlorose, qui tend à amener la décoloration de tous les tissus, les cheveux étaient privés de leur pigmentum.

Paris. — Typ. Lacrampe et Comp., rue Damiette, 2

2e ANNÉE. — 2e VOLUME. — N° 8. — MARS 1845.

ANNALES

DES

MALADIES DE LA PEAU

ET

DE LA SYPHILIS,

PUBLIÉES

Par Alph. CAZENAVE,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Médecine, etc.

Periculosum est credere et non credere.

MALADIES DE LA PEAU.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉLÉPHANTIASIS DES GRECS (1).

par M. Danielssen, doct.-méd.

L'éléphantiasis des Grecs (la lèpre des anciens), qui se manifeste sur la portion de la côte occidentale de la Norwége comprise entre les 60e et 70e degrés de latitude, parmi les classes les plus pauvres de la population, n'est pas contagieux, mais héréditaire. Irrégulier dans sa marche, il épargne souvent plusieurs générations pour ne reparaître que dans la quatrième, la cinquième ou la sixième, sans attaquer pourtant chaque individu : son invasion est déterminée par des circonstances extérieures accidentelles. Il est à remarquer que l'intensité de cette maladie augmente avec le nombre des générations qu'elle parcourt. L'éléphantiasis, celui du moins qui revêt la forme tuberculeuse, se développe déjà chez le fœtus, car nous l'avons observé chez un garçon nouvellement né. Il peut aussi être contracté par un individu sain et né de parents sains, mais vivant sous l'influence des conditions physiques qui favorisent le développement de l'éléphantiasis, et s'exposant aux causes extérieures qui ordinairement provoquent cette maladie, comme le rhume, des habits humides et sales, des logis étroits et malsains, des brouillards épais et humides, une mauvaise nourriture et la pauvreté.

L'éléphantiasis des Grecs se montre chez nous sous deux formes, l'éléphantiasis tuberculeux et l'éléphantiasis anesthète ; elles se compliquent non-seulement entre elles, mais aussi avec d'autres maladies de la peau, telles que l'eczéma impétigineux, la gale, le prurigo, le lichen, le pithyriasis ; et c'est sans doute de cette complication qu'on a pris occasion de former une troisième forme, la forme

(1) Nous avons publié dans le t. I des *Annales*, p. 379, un petit article, extrait de la *Gaz. Méd.* de Londres, ayant trait à un travail de M. le docteur Danielssen sur la lèpre tuberculeuse. Cet honorable confrère nous a écrit pour protester contre quelques erreurs, qui se seraient glissées dans cet article, et nous prie d'insérer le mémoire ci-dessus, en forme de réponse. M. Danielssen nous fait espérer un traité complet sur l'éléphantiasis des Grecs ; nous nous ferons un grand plaisir de le publier aussitôt qu'il nous sera parvenu.

squammeuse, qui réellement n'existe pas.

L'éléphantiasis anesthète différant sous plusieurs rapports de l'éléphantiasis tuberculeux, on pourrait hésiter à les ranger dans la même classe; mais ce doute doit disparaître si nous considérons qu'ils naissent sous l'influence des mêmes conditions physiques et de la même manière de vivre; que la forme tuberculeuse se change quelquefois en la forme anesthète, et qu'enfin des parents anesthétiques engendrent des enfants qui tôt ou tard sont attaqués de l'éléphantiasis tuberculeux.

Les prodromes sont les mêmes pour les deux formes de l'éléphantiasis, et sont ordinairement une pesanteur et un accablement du corps portés quelquefois à tel degré, que le malade éprouve une impression très-pénible en remuant les membres, comme s'il traînait du plomb après lui; cet accablement est suivi de dégoût pour tout travail, d'envie de dormir, de frissonnements, de sentiments d'oppression au cardia, de nausées et d'anorexie. Alors apparaît une éruption caractérisée, ou par des taches rondes, livides, luisantes, lisses, disparaissant sous la pression du doigt ou qui s'effacent après un temps plus ou moins long, pour se montrer plus tard avec une plus grande intensité et pour persister plus longtemps; ou par des bulles grosses, isolées, qui crèvent au bout de quelque temps et laissent une surface ulcéreuse. Ce n'est qu'à l'apparition de ces éruptions qu'il devient possible de distinguer les deux formes que nous avons nommées. Les taches ci-dessus décrites appartiennent ordinairement à l'éléphantiasis tuberculeux; l'apparition des bulles caractérise l'éléphantiasis anesthète.

Nous passerons maintenant à la description détaillée de chaque forme, en commençant par l'éléphantiasis tuberculeux.

Lorsque les prodromes, rarement très-violents, et dans ce cas-là suivis d'une fièvre de quinze jours, ont duré plusieurs années; lorsque les taches dont nous avons parlé ont alternativement paru et disparu plusieurs fois, elles finissent par devenir stationnaires. Ces taches envahissent ordinairement ou le front ou le dos des mains; elles s'élèvent de plus en plus, deviennent plus rudes, prennent une teinte plus fortement livide, qui cesse de disparaître sous la pression, et s'accompagnent d'une sensation prurigineuse. Le visage se gonfle, et ordinairement apparaissent à la surface externe des extrémités, et quelquefois au dos, des taches semblables, dont l'apparition est suivie de la chute des poils. S'accroissant successivement dans toutes leurs dimensions, ces taches forment des tubercules qui gonflent et constituent ainsi des plaques larges et élevées. Les tubercules confluents, aussi bien que les tubercules isolés, se ramollissent souvent et forment des ulcères d'une profondeur considérable, produisant un ichor abondant, et qui bientôt se couvrent d'une croûte épaisse d'un gris brunâtre. La peau s'infiltre, s'épaissit et s'hypertrophie de plus en plus, en perdant son élasticité; la sécrétion de la sueur est considérablement diminuée, et le malade exhale une odeur hircine. Dans la plupart des cas, lorsque la maladie a déjà fait quelques progrès, la sensibilité de la peau a un peu diminué. À cette période les membranes muqueuses, souvent intactes jusque-là, sont aussi envahies; la voix commence à devenir rauque, la respiration est gênée, le malade a une apparence cyanotique, et l'on trouve non-seulement sur la langue, mais aussi sur le voile du palais, les tonsilles et l'uvule, des tubercules plats d'une couleur rouge pâle, qui forment ordinairement des ulcères. Ceux-ci, superficiels sur la langue, mais profonds dans les autres endroits, causent souvent une destruction complète de ces parties. A mesure que l'infiltration tuberculeuse gagne le larynx, et surtout les ligaments thyro-aryténoïdiens, la voix devient plus rauque, plus sifflante, un catarrhe bronchial se déclare, la respiration devient difficile, et le malade est souvent menacé de suffocation, danger qui s'explique par le rétrécissement de la glotte, qu'un peu de mucus peut venir obstruer sous l'influence d'un paroxysme de toux. La membrane muqueuse du nez est aussi atteinte : au septum cartilagineux se forment des ulcères phagédéniques, qui rongent sa substance et ne guérissent que lorsque celui-ci est entièrement détruit et le nez aplati. Sur la sclérotique, et surtout sur le bord extérieur de la cornée, apparaît pendant le cours de la maladie une tache jaune brunâtre, qui, s'élevant en forme de tubercule, envahit la cornée, puis la chambre antérieure de l'œil, atteint l'iris et finit par remplir toutes les deux chambres, de sorte que l'œil prend l'apparence d'une seule masse tubercu-

leuse. Les yeux sont aussi atteints de plusieurs autres manières, qu'il serait pourtant trop long de détailler ici. Si la maladie a marché lentement et duré pendant plusieurs années, nous voyons ordinairement se développer une cachexie; le marasme et des diarrhées colliquatives enlèvent enfin le malade; ou bien, si la marche est rapide, nous voyons se développer une pleurite ou une péritonite tuberculeuse, plus rarement une entérite ou une pneumonie, qui finissent par la mort.

L'éléphantiasis anesthète a exclusivement une marche chronique. Lorsque les prodromes généraux que nous avons nommés ci-dessus ont duré pendant un temps plus ou moins long, les mains ou les pieds deviennent d'une sensibilité excessive, telle quelquefois que le malade, au plus léger attouchement de ces parties, est pris de convulsions semblables à des commotions électriques. Ce supplice peut durer d'une à plusieurs années, mais en s'affaiblissant graduellement; il cesse aussi, mais avec lui ont disparu complétement la sensibilité tactile et les sécrétions dont la peau est le siége. La peau devient pâle, sèche et dure comme du parchemin, et reste presque entièrement privée de son élasticité. Cette anesthésie se répand ordinairement par tout le corps et montre une tendance assez remarquable à suivre les plans d'extension. Au visage, non-seulement le tact se perd, mais aussi la faculté de mouvement; plusieurs muscles, particulièrement les orbiculaires, se paralysent, et un ectropion complet en est la suite; les lèvres se séparent et se tordent ordinairement vers le côté droit, de sorte que toutes les arcades alvéolaires apparaissent et que la salive s'écoule sans obstacle au dehors. Le visage devient pâle, violâtre, et le malade prend une apparence cadavéreuse. A mesure que l'ectropion se développe, le cartilage (tarsus) disparaît entièrement, le point lacrymal s'oblitère et disparaît, la sécrétion des larmes cesse; des taches, s'étendant sur la cornée, privent le malade de la vue; la conjonctive de la paupière inférieure prend la couleur et la densité de la peau, et la conjonctive de l'œil devient alors parfaitement sèche et insensible. Sur la membrane muqueuse du nez se forment des ulcères qui envahissent le septum et le perforent. L'anesthésie se répand de plus en plus et devient si complète, que le malade peut se brûler jusqu'à la carbonisation gangréneuse sans en éprouver la moindre sensation; on peut entreprendre sur lui les amputations les plus considérables sans qu'il s'en ressente: on a vu assez souvent le malade s'amputer lui-même et arrêter ensuite le sang en plongeant le membre mutilé dans de la poix bouillante.

Pendant le cours de la maladie, on voit paraître sur différents endroits du corps, et surtout sur la plante des pieds, des ulcères qui corrodent la peau et dénudent les muscles. Ces ulcères sécrètent une humeur ténue, séreuse, et sont si atoniques, qu'on peut à plusieurs reprises les remplir de cantharides sans produire de suppuration et sans causer de douleur. Le corps maigrit, en commençant par le dos des mains, où la substance musculaire s'atrophie, et les doigts se recourbent. Bientôt après commence cette nécrose des phalanges qui caractérise si bien cette forme de l'éléphantiasis. Ordinairement les doigts sont atteints successivement, rarement tous à la fois. Au gonflement, à la rubéfaction de ces parties, se joignent des douleurs vives dans le périoste et tous les signes d'une réaction générale très-violente, caractérisée par la fièvre, la céphalalgie, le délire, des vomissements et par une faiblesse extrême. Après quelques jours, une fluctuation se montre à l'endroit souffrant, la peau se perce, et une grande quantité d'ichor fétide s'étant écoulé, on aperçoit les tendons et les os tout nus. Les signes de réaction générale s'effacent successivement, et après quelques semaines, quelquefois après plusieurs mois, selon les circonstances, une ou deux phalanges s'expulsent, et l'ulcère guérit enfin avec un raccourcissement considérable. Cette nécrose attaque successivement tous les doigts des mains et des pieds, et la peau de ces parties devient très-épaisse. Par suite de ces inflammations réitérées, le tissu sous-cutané se condense et s'infiltre, de sorte que les mains et les pieds deviennent non-seulement plats, mais aussi enflés et difformes. Les articulations supérieures se prenant à leur tour, la main ou le pied entier est éliminé de la manière indiquée. Après plusieurs années de souffrance, cette forme aussi développe enfin la cachexie, le marasme et les diarrhées colliquatives, qui traînent la mort à leur suite.

Remarquons que dans cette forme, aussi bien que dans la forme tuberculeuse, lorsque les prodromes de la maladie ont disparu, les malades ont toujours l'appétit excellent et que leurs facultés mentales ne sont que très-peu affectées.

L'instinct sexuel diminue à mesure que la maladie s'avance.

Nous avons fait un grand nombre d'autopsies de l'éléphantiasis tuberculeux, et nous avons trouvé dans le chorion, aussi bien que dans le tissu cellulaire sous-cutané une infiltration d'une masse exsudative qui semble détruire la structure de la peau et du tissu cellulaire. Cette infiltration se trouve aussi dans les parois des veines sous-cutanées à un tel degré, que la veine basilique, par exemple, peut égaler l'épaisseur du doigt. Des infiltrations semblables se remarquent dans les yeux, dans le larynx, dans la trachée et dans les bronches, dans la plèvre, dans le foie, dans la rate, dans la matrice et dans tous les intestins; mais, chose remarquable, les poumons en sont ordinairement exempts.

Plusieurs autopsies de l'éléphantiasis anesthète nous ont montré la peau, en quelques endroits, très-atrophiée, le tissu cellulaire sous-cutané et les muscles presque entièrement détruits, et quelques tendons très-fortement rétractés. Le système nerveux central est, dans cette forme, considérablement affecté.

Les moyens curatifs jusqu'ici opposés à cette maladie affreuse n'ont été rien moins que favorables. Une fois développée, elle tend, sans qu'on puisse l'arrêter, vers une terminaison ordinairement funeste. Tâcher de découvrir sa vraie nature, afin de pouvoir ensuite la combattre, tel sera désormais l'objet continuel de nos efforts, et ce n'est pas sans les espérances les plus vives que nous marchons vers ce but.

SYPHILIS.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES ÉROSIONS SYPHILITIQUES EN GÉNÉRAL, ET SUR LA BALANITE EN PARTICULIER.

(Suite et fin.)

La balanite et les érosions méritaient d'autant moins cette sorte d'indifférence que nous avons observée chez tous les auteurs que, outre leur intérêt doctrinal, elles ont, par leur fréquence, un intérêt pratique assez considérable. Sur 3,268 malades qui se sont présentés à la consultation de l'hôpital du Midi, 104, c'est-à-dire environ *un trentième*, étaient affectés de balanite, et, sur ces 104 les trois quarts (70) présentaient des érosions. Sous le rapport de la fréquence, cette affection vient donc immédiatement après la blennorrhagie, les chancres et les bubons; encore serait-elle plus fréquente peut-être que ces deux dernières, s'il fallait lui rapporter, comme cela paraît probable, la plupart des érosions du col de l'utérus.

Symptomes. — Les érosions du gland se présentent presque toujours à l'état multiple; leur siége varie, mais elles se montrent beaucoup plus souvent sur la face supérieure que sur la face inférieure de l'organe; le plus souvent il en existe en même temps une ou plusieurs sur le prépuce; leur forme est irrégulière quoique toujours plus ou moins rapprochée de la forme arrondie; leurs dimensions sont variables, mais ordinairement elles n'ont pas moins de cinq millimètres ni plus de quinze; lorsqu'elles dépassent cette dernière dimension, cela dépend de ce que deux ou plusieurs érosions distinctes dans le principe se sont réunies, ce que l'on reconnaît facilement à la forme comme dendroïde que cette réunion imprime à l'érosion générale.

La couleur des érosions est ordinairement d'un rouge vif, quelquefois d'un rouge vineux, rarement d'un gris peu prononcé, qui n'est presque jamais pur (c'est-à-dire sans mélange de rouge), et qui n'a pas conséquemment la même nuance que la couleur franche du chancre. Les érosions syphilitiques sont ordinairement très-peu profondes, ou plutôt, elles n'ont pas de profondeur; on dirait que l'épithélium, d'une épaisseur presque inappréciable, a seul été détruit; on a souvent comparé leur aspect à celui d'une surface dénudée par un vésicatoire; cette comparaison n'a de justesse que sous le rapport de la profondeur de l'ulcération; car la substance vésicante détermine presque constamment une exsudation pseudo-membraneuse qui établit entre le vésicatoire et l'érosion syphilitique des différences caractéristiques. L'érosion syphilitique sécrète ordinaire-

ment une matière purulente ou muco-purulente qui s'écoule à l'état liquide; ce n'est que dans les cas rares où la balanite est constitutionnelle, ou bien lorsqu'elle est sur le point de se terminer, que la matière sécrétée se concrète en une croûte jaunâtre, mince, demi-transparente. Ce que je viens de dire à propos du vésicatoire indique que les exsudations membraneuses sont fort rares, bien que certains auteurs les aient considérées, ou du moins aient paru les considérer comme un résultat ordinaire de la balano-posthite.

Dans les points où le gland n'est point érodé, il est enflammé d'un rouge vif dont la nuance se rapproche quelquefois de la couleur de l'érosion elle-même, au point qu'il est alors très-difficile de savoir quelle est la portion dénudée et quelle est la portion intacte; cependant il faut avouer qu'un semblable embarras est assez rare dans la balanite; au contraire, malgré cette ressemblance de couleur, l'ulcération est très-bien et très-brusquement arrêtée, de manière à trancher sur le reste de la muqueuse. Dans les érosions du col de l'utérus, la confusion dont je viens de parler est plus facile; mais dans l'un comme dans l'autre cas, il y a un moyen fort simple de la faire cesser: on n'a qu'à passer sur les surfaces enflammées un pinceau imbibé d'une légère solution de nitrate d'argent; à l'instant la surface dénudée blanchit, tandis que l'autre conserve plus ou moins complétement sa couleur. Dans quelques cas, et spécialement dans les balanites constitutionnelles, la muqueuse, qui environne les érosions, conserve son état normal. Il est rare que les lésions que nous venons de décrire se rencontrent sur le gland sans que le prépuce y participe plus ou moins, et dans la majorité des cas, l'inflammation dont il est le siége s'accompagne aussi d'érosions. Dans les cas que j'ai eu l'occasion d'observer, je n'ai pas vu, comme l'avance Hunter, que le sillon balano-prépucial fût plus souvent que les autres parties du gland affecté d'érosions, et il est probable que Hunter a attribué aux érosions une particularité qui n'appartient qu'aux chancres; d'ailleurs, comme il n'a eu, d'après son propre aveu, que très-peu d'occasions d'observer les érosions syphilitiques, il est évident qu'il parlait en toute ignorance de cause, tant il est vrai que les plus grands esprits se fourvoient, quelquefois même de la manière la plus complète, dès qu'ils s'écartent de la sévère observation.

Des érosions occasionnent par elles-mêmes peu de douleur; lorsque les malades en éprouvent d'un peu considérables, elles sont presque toujours dues à quelque complication, et en particulier à un phimosis ou à un paraphimosis.

Les complications constituent un des points les plus intéressants de l'histoire de la balanite; ce sont elles surtout qui servent à faire distinguer cette affection de toutes les autres, et à lui imprimer un cachet spécial. Leur étude mérite donc de nous arrêter quelques instants, d'autant plus qu'elles ont été à peu près complétement négligées jusqu'à présent par les auteurs même les plus accrédités; sur les 104 cas de balanite que j'ai observés, 64 étaient compliqués; mais comme le même cas était quelquefois compliqué de plusieurs affections à la fois, le nombre des complications s'élève à 80; elles sont réparties de la manière suivante :

1° Blennorrhagies urétrales. . . .	27
2° Chancres.	17
3° Bubons.	16
4° Végétations.	8
5° Tubercules plats.	4
6° Granulations.	5
7° Vésicules.	1
8° Rhagades.	1
9° Abcès (*du scrotum*).	1
10° Orchites	2
Total. . . .	80

Je devrais placer à la suite de ces complications le phimosis et le paraphimosis, mais quelques détails sur ces deux affections trouveront plus naturellement leur place dans le paragraphe où nous discuterons la nature de la balanite et des érosions dont elle s'accompagne. Je vais donc pour le moment passer en revue quelques-unes des complications précédentes.

Blennorrhagies urétrales. — La fréquence de cette complication fournit la preuve de cette assertion de Hunter, que, dans la blennorrhagie bâtarde, l'inflammation se limite souvent au gland et au prépuce; seulement nous savons maintenant que *souvent* signifie sensiblement : *dans les trois quarts des cas.* C'est une circonstance bien digne d'attention que cette rareté de l'u-

rétrite dans les cas de balanite, lorsqu'on sait la disposition toute spéciale qu'a la muqueuse de l'urètre à être affectée de blennorrhagie. Bornons-nous pour le moment à la signaler; nous en tirerons plus tard les conclusions naturelles.

Chancres. — Si l'on a égard à la fréquence relative de la blennorrhagie et du chancre en l'absence de balanite, on trouve que cette dernière se complique bien plus souvent de chancre que de blennorrhagie. En effet, la blennorrhagie urétrale étant près de trois fois plus fréquente que le chancre, ce rapport devrait encore exister lorsque ces deux affections compliquent la balanite, si la présence de cette dernière ne le troublait pas. Or, la complication chancreuse, au lieu d'être seulement le tiers de la complication blennorrhagique, a été avec cette dernière, dans le rapport de 17 à 27, c'est-à-dire sensiblement des deux tiers. Il est donc vrai de dire que, relativement, la balanite à plus d'affinité pour la complication chancreuse que pour la complication blennorrhagique. Mais ce qu'il y a surtout de remarquable dans la complication chancreuse de la balanite, c'est de voir des érosions très-superficielles et en apparence très-simples, siéger immédiatement à côté d'un chancre, être humectées par le produit de sa sécrétion sans revêtir elles-mêmes l'aspect chancreux, sans s'inoculer; nous reviendrons amplement sur cette particularité qui suffirait à elle seule pour renverser la ridicule doctrine de l'inoculation; contentons-nous actuellement de poser les faits incontestables qui doivent toujours servir de base aux bons raisonnements.

Bubons. — La complication adénique est peut-être encore plus intéressante à étudier que la complication chancreuse; elle a eu lieu seize fois dans les cent quatre balanites que nous avons observées. C'est à peu près ce qui arrive dans la blennorrhagie ordinaire; mais dans cette dernière, les bubons sont peu développés, et arrivent très-rarement à suppuration; ceux de la balanite, au contraire, suppurent à peu près aussi souvent que ceux qui compliquent le chancre. Ceux qui vivent dans les idées anatomo-mécaniques exclusives, ne manqueraient pas de dire que c'est dans les cas où existent les érosions que les bubons suppurent; malheureusement pour eux, les faits prouvent que la suppuration a lieu avec une égale fréquence, soit que les érosions existent, soit qu'elles n'existent pas. Quelquefois, l'engorgement ganglionnaire a paru précéder le développement de la balanite; mais cette circonstance, que je n'ai pas pu constater d'une manière directe, est dans tous les cas assez rare.

Végétations. — Pour que les végétations soient une complication de la balanite, il faut, à mon avis, qu'elles se développent, ou en même temps qu'elle, ou peu de temps auparavant; lorsque les végétations sont anciennes et très-considérables en nombre ou en volume, elles produisent presque toujours une balanite, et dans ce cas, on ne peut les considérer comme une complication de cette dernière; je n'ai donc pas voulu faire rentrer cette catégorie de végétations dans celles que j'ai désignées dans le présent paragraphe. Entendue comme je viens de l'expliquer, la complication de végétations a eu lieu huit fois sur les cent quatre. Cette proportion, toute faible qu'elle est, établit une différence entre la balanite et le chancre, dans lequel on n'observe jamais ou presque jamais une pareille complication lorsqu'il existe seul.

Cette complication a eu lieu également dans les cas où il y avait érosion, et dans ceux où il n'en existait pas.

Tubercules plats.—Je n'ai rien à dire sur cette complication, sinon qu'elle a existé quatre fois. Ce nombre semble indiquer que la balanite n'influe pas notablement sur la fréquence des tubercules plats; car c'est à peu près la proportion ordinaire dans laquelle on les observe chez l'homme.

Granulations et vésicules. — Si j'ai rangé ces deux lésions dans les complications, c'est uniquement afin de ne pas augmenter le nombre des cas non compliqués qui je crois, seraient plus favorables à ma doctrine s'ils étaient très-nombreux que s'ils l'étaient peu; cependant, mon avis est que ce ne sont là que des formes de la balanite et non point des complications. Je désigne sous le nom de granulations de petites papules légèrement saillantes au-dessus de la muqueuse, et d'un rouge plus foncé que les parties environnantes. Évidemment, ce n'est pas là une complication; quant aux vésicules qui, dans l'unique cas observé, étaient petites et nombreuses, elles ont offert ceci de remarquable que, placées à côté des érosions, elles se

sont desséchées, et ont guéri très-promptement sans qu'aucune se soit elle-même transformée en érosion.

Orchite. — Le petit nombre d'orchites observées pendant le cours de la balanite, suffirait assez pour condamner cette opinion tacite des auteurs, opinion très-positivement exprimée par M. Jourdan, que cette affection peut, *comme la blennorrhagie urétrale*, provoquer le gonflement des testicules. Mais il faut savoir que, dans les deux seuls cas d'orchite que j'ai observés, il y avait en même temps blennorrhagie urétrale; en sorte que c'est à cette dernière, selon toutes les probabilités, qu'il faut rapporter la complication, et que la balanite n'a jamais été, à proprement parler, compliquée d'orchite. Au reste, ce n'est pas seulement l'absence d'orchite que l'on observe dans la balanite, mais aussi, l'absence d'ophthalmie et d'arthrite.

Les détails qui précèdent ont déjà montré combien sont fausses ou incomplètes les opinions que les auteurs se sont faites sur les différents points de l'histoire de la balanite que nous avons passés en revue; ceux qui vont suivre nous montreront que ces opinions n'ont pas moins péché sous le rapport du raisonnement que sous celui de l'observation.

Développement et marche. — Comme les autres lésions syphilitiques, la balanite ne se développe que plusieurs jours après le coït infectant, ordinairement entre le 3ᵉ et le 8ᵉ; une chaleur et une cuisson de médiocre intensité annoncent son début; si l'on observe les parties à cette époque, on les trouve rouges et peu tuméfiées; mais pour peu que l'on retarde l'examen, les érosions sont déjà produites sans qu'aucune vésicule, encore moins aucune pustule les ait précédées; il y a une simple destruction, et comme une déliquescence de l'épithélium; ces érosions acquièrent ordinairement en un ou deux jours toute l'étendue qu'elles doivent avoir, et persistent à cet état pendant plusieurs semaines lorsqu'on les abandonne à leur marche naturelle et que le gland des malades est habituellement recouvert par le prépuce; dans le cas contraire elles ne durent guère au delà de 10 à 15 jours, quelquefois moins. Leur cicatrisation, sans être aussi rapide que leur développement, se fait néanmoins avec beaucoup de promptitude: aussitôt que l'on voit le contour de l'érosion cesser de trancher nettement sur la muqueuse, on est à peu près certain que la cicatrisation sera complète en quatre ou cinq jours au plus tard, quelquefois en vingt-quatre heures. La marche que je viens d'indiquer est celle de la balanite simple; celle des cas compliqués varie suivant la nature et la gravité de chaque complication et ne peut être soumise à aucune vue générale; on peut dire seulement qu'à part les végétations et le phimosis, les complications ne l'augmentent que de quelques jours, de quelques semaines au plus, et cela dans des cas fort rares. C'est même une circonstance fort remarquable que de voir les chancres qui siégent à côté des érosions, non-seulement ne pas transformer l'état de ces dernières, mais encore ne contrarier que faiblement leur guérison, et la contrarier plutôt, à ce qu'il semble, par l'inflammation qu'ils produisent à leur voisinage, que par l'action délétère du produit de leur sécrétion.

Causes et nature. — La plupart des auteurs sont d'avis que le phimosis constitue une énorme prédisposition à la balanite et aux érosions syphilitiques, et MM. Lagneau et Jourdan ont exagéré cette opinion en avançant, ainsi que nous l'avons déjà vu, que ces affections étaient exclusivement propres aux individus qui ne découvraient pas leur gland. Voici comment les faits justifient les auteurs : sur 104 malades affectés de balanite, 11 avaient en même temps des phimosis; ce résultat serait déjà singulièrement en désaccord avec l'opinion générale; mais il le devient beaucoup plus encore, lorsqu'on réfléchit que la plupart de ces phimosis (8 sur 11) étaient accidentels, c'est-à-dire qu'ils étaient le résultat de la maladie dont on les avait considérés comme la cause essentielle, sinon unique. Quant aux trois cas de phimosis antérieurs à la balanite, ils ne dépassent pas, ou ne dépassent que très-peu la proportion habituelle des phimosis naturels chez tous les individus pris au hasard. C'est donc avec raison que j'ai considéré plus haut le phimosis comme une complication et non comme une cause. J'ajouterai encore pour répondre aux auteurs qui ont avancé que la blennorrhagie bâtarde était propre aux individus dont le gland était *habituellement* (mais non constamment) recouvert par le prépuce, ce qui en définitive a lieu chez presque tout le monde, que

j'ai pu voir cette forme de blennorrhagie sur un juif à qui il ne restait qu'un vestige de prépuce. Il serait inutile, d'après ce qui précède, de discuter l'opinion des auteurs qui ont voulu voir dans la balanite ulcéreuse le résultat de la conformation spéciale de la verge ou au moins du prépuce; il est évident qu'une semblable opinion est dénuée de toute espèce de fondement. Il n'était même pas besoin de la connaissance d'une telle vérité pour être convaincu de la fausseté de cette opinion; les rapports constants qui existent entre le coït suspect et le développement de la balanite prouveraient surabondamment, pour tout esprit droit, que cette dernière est le résultat de la contagion. Il ne devait donc rester à débattre que la question de savoir si la balanite était toujours produite ou par le virus syphilitique ou par un virus d'une autre nature, ou bien encore, tantôt par l'un tantôt par l'autre de ces deux virus. Cette dernière opinion supposant que les érosions balaniques sont de différente nature, c'est par son examen que nous allons commencer la discussion touchant la nature de ces érosions.

Il ne fallait pas moins que tout le faux esprit qui caractérise la doctrine de l'inoculation pour voir dans les érosions syphilitiques deux maladies entièrement distinctes ; nos lecteurs sont maintenant assez familiarisés avec cette doctrine pour deviner que la distinction qu'elle prétend établir repose entièrement sur la propriété inoculable ou non inoculable du produit de la sécrétion balano-prépuciale ; c'est d'ailleurs ce qui se trouve explicitement formulé dans les passages que j'ai consignés dans la première partie de ce mémoire. Ainsi donc pour l'inoculation, certaines érosions sont inoculables, et partant chancreuses ; d'autres ne sont point inoculables, et par conséquent identiques à celles que produirait l'application d'une poudre irritante. C'est sur cette différence que les inoculateurs se sont crus en droit d'avancer cette proposition : *les ulcères blennorrhagiques* (érosions non inoculables) *sont essentiellement distincts du chancre* (c'est-à-dire des érosions inoculables). Avant de juger cette proposition en se plaçant au point de vue de la saine pathologie, voyons d'abord de quelle valeur elle devrait être aux yeux des inoculateurs eux-mêmes, s'ils ne poussaient pas l'esprit d'inconséquence à un degré qu'il serait difficile d'imaginer, à moins d'en avoir les preuves sous les yeux. Rappelons-nous que les inoculateurs ne tiennent aucun compte des phénomènes pathologiques de la maladie; que pour eux l'inoculation est tout, le reste rien. Il serait naturel de supposer, cela étant, que le phénomène unique qui leur sert de *criterium* a été étudié par eux avec tout le soin possible, qu'ils se sont mis à l'abri de toute attaque dans la position rétrécie qu'ils ont préférée ; on se tromperait gravement si l'on pensait ainsi, et en voici la preuve :

Sur dix cas d'érosions que renferment les *Recherches critiques et expér. sur l'inoc.*, sept ont été jugés non syphilitiques; un de ces sept cas (obs. 50 de la 2e section) n'a point été inoculé, les six autres l'ont été, (obs. 48, 49, 51, 53, 54 et 55 de la même section). Alors, penserez-vous, puisque d'une part l'appréciation a uniquement été faite d'après l'inoculation, puisque d'autre part l'*inoculabilité* de la syphilis est très-capricieuse, persistant tantôt pendant des mois entiers et même des années, tantôt disparaissant en très-peu de jours (et cela d'après les inoculateurs), cette inoculation a sans doute été soigneusement pratiquée, répétée chaque jour depuis le commencement jusqu'à la fin, tout au moins jusqu'au déclin de la maladie. Pas du tout, cette inoculation n'a été pratiquée qu'une fois ; comment? on n'en sait rien ; par qui? l'on n'en sait rien encore, et dans tous les cas à une époque assez éloignée du début. Et voilà comme on écrit l'histoire de l'inoculation. Mais c'en est assez sur ce défaut de précaution, car la précaution que chacun doit désirer comme moi eût-elle été prise, elle atténuerait les reproches que méritent les inoculateurs, sans rendre meilleure la doctrine de l'inoculation. C'est qu'en effet lorsqu'on veut être pathologiste, il faut savoir apprécier, comparer, et les caractères anatomiques, et les symptômes, et la marche, et la terminaison, et les causes des maladies, en un mot la maladie tout entière, et ne se point borner à quelque phénomène en particulier sous peine de ressembler à ce voyageur qui, pour étudier les mœurs d'un peuple, s'évertuerait à observer la coupe et la couleur des vêtements, ou toute autre particularité de même importance. Or, lorsqu'on étudie toutes les faces de la balanite, on trouve qu'elle a

une marche semblable, soit que les érosions s'inoculent, soit qu'elles ne s'inoculent pas (comparez plutôt les observat. 35 et 36 de la première sect., et la 11e de la 3e sect. des Recherch. sur l'inocul. à celles déjà citées); et même soit que les érosions existent, soit qu'elles n'existent; on trouve que la durée est la même, que les complications sont les mêmes, que la cause est la même; ce ne sont point là des lacunes à établir, comme l'a prétendu un inoculateur modifié, mais des vérités qu'une observation, même peu prolongée, permettra à tout le monde de constater. C'est commettre une des plus graves infractions contre le bon sens médical que de vouloir séparer une maladie aussi homogène. La balanite qui se contracte pendant un coït impur est et doit rester une et indivisible. Mais doit-on la considérer, avec la plupart des auteurs, comme une blennorrhagie ordinaire, et doit-on admettre, avec Hernandez, que *tout est parfaitement semblable dans l'une et dans l'autre gonorrhée?* Évidemment non, car :

1° La blennorrhagie ordinaire se complique *très-rarement* d'érosions ;	1° La blennorrhagie bâtarde se complique *très-souvent* d'érosions;
2° La blennorrhagie ordinaire se complique *rarement* de bubons qui suppurent ;	2° La blennorrhagie bâtarde se complique *assez souvent* de bubons qui suppurent ;
3° La blennorrhagie ordinaire *est sujette* à des déplacements métastatiques sur le testicule, sur l'œil, sur les articulations.	3° La blennorrhagie bâtarde n'éprouve *jamais* (du moins il n'y en a pas d'exemple bien observé) de déplacements métastatiques.

Si la balanite n'est pas une blennorrhagie ordinaire, peut-elle être considérée comme une variété du chancre? mais d'abord elle ne peut pas être considérée comme chancreuse dans les cas assez nombreux où il n'y a pas d'érosions; or nous avons vu que ces cas ne peuvent être considérés comme différant des autres sous le rapport de leur nature; par conséquent ces derniers ne sont point des cas de chancres; les érosions diffèrent en effet des chancres :

1° Par leur mode de développement qui n'est point le même dans la majorité des cas.

2° Par leurs caractères anatomiques.

3° Par leur marche, qui est toujours prompte dans les érosions balaniques, et ordinairement beaucoup plus lente dans les chancres.

4° Par leurs complications : l'induration complique fréquemment le chancre, jamais l'érosion balanique; les bubons qui compliquent la balanite sont assez fréquents et suppurent assez souvent, ceux qui compliquent les chancres sont plus fréquents et suppurent plus souvent encore.

5° Les érosions syphilitiques affectent très-souvent le col de l'utérus, les chancres ne l'affectent que très-rarement.

Il résulte de ce qui précède que les érosions syphilitiques ne sont ni des chancres ni une blennorrhagie ordinaire, pas plus que les végétations ou les tubercules plats; elles constituent, comme le pensait Astruc, un *symptôme vénérien du gland*. Ce symptôme est le produit d'un empoisonnement syphilitique, comme le chancre et comme la blennorrhagie, seulement cet empoisonnement exerce une impression spéciale sur l'économie et se traduit à l'extérieur sous une forme particulière, de même que l'infection constitutionnelle peut se traduire tantôt par des papules, tantôt par des squames, tantôt par des ulcères, tantôt par des exostoses, etc. Pourquoi en est-il ainsi? c'est assurément ce que je ne tenterai pas d'expliquer; mais ce n'est pas une raison d'abandonner une vérité démontrée, parce que cette vérité ne vous donne pas la clef de toutes choses, parce qu'elle ne nous initie pas à des mystères que nous ne connaîtrons probablement jamais. Si l'on voulait fonder des distinctions uniquement sur les formes extérieures, on serait obligé de suivre la doctrine de Carmichaël, et tout le monde sent aujourd'hui que cette doctrine, moins inconséquente cependant que celle des inoculateurs, ne soutient pas l'examen le moins sérieux.

Diagnostic. — Lorsque les antécédents de la maladie sont connus, le diagnostic ne peut offrir en général aucune difficulté; les individus qui, dans un coït sain, s'excorient quelquefois le gland, n'éprouvent presque aucun des phénomènes qui caractérisent la balanite; ces excoriations simples ne sont ni aussi larges, ni aussi nombreuses, ni aussi rouges que les érosions syphilitiques; la muqueuse qui les environne n'est que très-rarement enflammée et toujours alors dans une petite étendue; enfin il n'y a que très-rarement de sécrétion morbide muco-purulente, ou s'il en existe, elle est en très-petite quantité; ordinairement la surface des excoriations

simples est sèche et recouverte d'une légère pellicule jaunâtre résultant de la solidification par évaporation de la petite quantité de liquide sécrété. Les excoriations syphilitiques constitutionnelles, qui sont aussi recouvertes le plus ordinairement de squames minces, se distinguent des précédentes à ce que ces squames se détachent avec facilité, à ce qu'elles sont plus arrondies, à ce que le tissu sous-jacent est d'un rouge cuivreux, et enfin à ce qu'il y a ordinairement coïncidence avec une éruption cutanée. Les érosions herpétiques, c'est-à-dire celles qui succèdent à la rupture des vésicules d'herpès, se distinguent aussi par l'absence d'inflammation circonvoisine, par la démangeaison dont elles sont précédées et accompagnées, et parce qu'on observe presque toujours, en examinant le malade chaque jour, de nouvelles vésicules qui se développent pendant que les anciennes disparaissent. Les autres espèces de balanites, outre qu'elles sont fort rares, s'éloignent encore plus de la blennorrhagie bâtarde que celles que nous venons de passer en revue.

Pronostic. — Comme maladie locale la balanite, qu'elle s'accompagne ou non d'érosions, est une des plus bénignes que l'on puisse observer; ce n'est que lorsqu'elle est compliquée de paraphimosis, mais surtout de phimosis, qu'elle offre une gravité plus ou moins grande. Quant aux accidents qu'elle doit faire craindre ultérieurement, je crois que sa gravité se rapproche de celle des chancres, bien qu'il me soit impossible d'en apprécier exactement le degré. Le médecin devra surtout se garder de rassurer d'une manière absolue les malades sur l'éventualité d'une affection constitutionnelle, sous prétexte qu'ils n'existerait pas d'érosions; car ce serait commettre une des plus graves erreurs, ce qui résulte et des expériences directes qui ont démontré qu'une simple balanite sans érosions pouvait déterminer un chancre par l'inoculation, et d'une observation attentive qui a permis de constater que ces mêmes balanites pouvaient être suivies d'accidents constitutionnels.

Traitement. — Quand la balanite est exempte de complications, qu'elle soit ou non ulcéreuse, son traitement est extrêmement simple : des bains locaux répétés trois ou quatre fois par jour, l'isolement du prépuce et du gland à l'aide d'un linge fin et usé, suffisent pour amener la guérison dans l'espace de quatre ou cinq jours, d'une semaine au plus; quelques praticiens conseillent d'imbiber le linge isolant avec une solution faible de nitrate d'argent; cette précaution n'est pas nuisible; mais elle n'est pas non plus d'une utilité incontestable, et il vaut mieux dès lors s'en abstenir. Dans les cas rares où la douleur est vive, il faut environner la verge tout entière d'une compresse imbibée d'eau de pavots, ou mieux d'eau fortement laudanisée. Jamais dans ces cas il n'est nécessaire de recourir ni aux sangsues, ni à la saignée générale. Le repos est un auxiliaire important des moyens précédents. Au reste il ne faudrait pas s'imaginer que ces moyens si simples n'ont qu'une influence douteuse sur la marche de la maladie; cette influence est au contraire des plus évidentes, et rien n'est plus fréquent que de voir des malades qui n'ont fait aucun traitement, conserver pendant des mois entiers une blennorrhagie bâtarde, tandis qu'ils s'en débarrassent dans l'espace de quelques jours, aussitôt qu'ils se soumettent à l'usage des moyens que je viens d'indiquer. Le régime ne demande aucune précaution particulière; le malade n'a rien à changer à ses habitudes lorsqu'il ne se livre pas ordinairement à des excès. Il est sans doute inutile de dire qu'il doit observer la continence.

De toutes les complications que nous avons mentionnées, il n'y a que le phimosis et le paraphimosis qui doivent imprimer des modifications au traitement local de la balanite. Quand il existe un paraphimosis, le malade doit garder le repos dans la position horizontale et en supination; si le paraphimosis est considérable, la verge est tenue perpendiculairement, et environnée de compresses froides constamment renouvelées; beaucoup d'auteurs conseillent de commencer dans ces cas par réduire le paraphimosis, sous peine de voir quelquefois le gland ou le prépuce tomber en gangrène; mais la réduction sans débridement préalable du prépuce est fort difficile et extrêmement douloureuse, et en débridant on s'expose à voir les incisions se transformer en ulcères très-difficiles à guérir; d'un autre côté, j'ai vu un assez grand nombre de paraphimosis dont plusieurs en apparence très-graves, et dans *aucun cas* il n'a été nécessaire de recourir à d'autres moyens qu'à ceux que je viens d'indiquer.

Si donc la réduction préalable est indispensable dans certains cas, ces cas sont au moins excessivement rares.

Quand il existe un phimosis, on commence également par mettre en usage les mêmes moyens que dans le paraphimosis, en y joignant les injections entre le prépuce et le gland avec l'eau de guimauve, de pavot, ou l'eau blanche, suivant que les douleurs sont médiocres, intenses ou nulles. Si l'ouverture du prépuce est large, ou que le phimosis soit accidentel, ou bien encore que la tuméfaction soit peu prononcée, ainsi que l'inflammation, il faudra insister pendant plusieurs jours sur ces moyens, et le plus souvent on les verra couronnés de succès; mais si le phimosis est congénital, ou même lorsque étant accidentel, l'ouverture du prépuce est très-étroite, lorsque la tuméfaction et l'inflammation sont considérables, il est nécessaire de recourir à l'opération du phimosis; c'est alors le seul moyen d'abréger les souffrances du malade et surtout la durée de la maladie, et aussi de le soustraire à un accident qui survient fréquemment dans ces cas; je veux parler de la gangrène du prépuce. Ce n'est pas que cet accident soit aussi grave qu'on pourrait se l'imaginer au premier abord; mais il a cependant l'inconvénient d'effrayer plus ou moins les malades, de détruire le prépuce trop près de son origine, et enfin de ne pas dispenser les malades d'une opération, attendu que la mortification n'atteint ordinairement que la moitié supérieure de l'organe, et qu'il faut ensuite exciser la partie inférieure avec l'instrument tranchant.

Lorsque la tuméfaction du prépuce persiste pendant trop longtemps et tend à passer à l'état chronique, il faut conseiller des frictions avec l'onguent mercuriel ou de la pommade de précipité rouge; les bains généraux et prolongés seront aussi d'une certaine utilité.

Je n'ai point mentionné parmi les complications, ni parmi les suites de la balanite les adhérences entre le prépuce et le gland; c'est que jamais je n'ai eu l'occasion d'observer cette espèce d'accident. Un assez grand nombre d'auteurs cependant en ont vu des exemples; on conçoit, d'après ce que j'ai dit du phimosis, que ces adhérences doivent rendre les balanites interminables; aussi ne faudra-t-il pas hésiter de proposer aux malades la dissection de ces adhérences. Seulement on comprend que pour que cette opération soit facile, et même jusqu'à un certain point praticable, il faut que le prépuce ne soit ni trop tuméfié, ni trop dur, conditions dans lesquelles il serait difficile de le renverser sur lui-même, comme il est nécessaire de le faire pour pouvoir pousser la dissection jusqu'au bout.

Il s'agirait de discuter maintenant la question de savoir si le malade doit se soumettre ou non à un traitement général; mais cette question, qui se représente à propos de chaque symptôme vénérien primitif, sera examinée avec plus d'avantage dans un chapitre sur la thérapeutique générale de la syphilis. Il me suffira de dire pour le moment que dans mon opinion le traitement mercuriel ne peut qu'être utile, et qu'il qu'il devra être conseillé aux malades qui pourront le supporter sans accidents.

H. DE CASTELNAU.

BIBLIOGRAPHIE.

LA SYPHILIS AU DIX-NEUVIÈME SIÈCLE.

CARON.—Les non virulistes: Anonyme, MM. Jourdan, Richond des Brus, etc.

L'histoire des identistes est, il faut bien le reconnaître, celle qui occupe le moins de place dans les annales de la syphilographie au XIXe siècle. Plusieurs raisons peuvent servir à rendre compte de cette circonstance, au moins étrange. Tout d'abord il faut signaler cette tendance éternelle de l'esprit humain, tendance qui le porte à aimer, à rechercher le nouveau; puis l'importance même des doctrines réactionnaires, la haute position des chefs, la con-

sidération attachée nécessairement à la valeur absolue de certains hommes, et par suite, l'entraînement facile des masses, incessamment conduites par l'esprit d'imitation. Aussi la théorie de l'identité presque abandonnée en Angleterre, timidement défendue en Allemagne et en France, fut-elle bientôt, sinon oubliée, du moins proscrite et reléguée à un rang tout à fait secondaire. Elle peut être résumée aussi complétement que possible dans le livre de M. Lagneau, et c'est ici le lieu de rappeler qu'en suivant cette revue rétrospective, j'ai eu surtout en vue de rattacher les idées principales, les doctrines tour à tour dominantes à des types distincts, qui devaient servir à les formuler nettement aux différentes époques de l'histoire de la syphilis : certes il n'est pas d'ouvrage, qui, sous ce point de vue, présente plus de valeur absolue que celui du syphilographe français : il est, je le répète, le résumé parfait de la doctrine de l'identité, avec ses hésitations, ses réticences, et surtout avec les modifications que lui avaient fait subir les idées de l'école anglaise. Il suffira de citer maintenant l'ouvrage de Berlinghieri (1), livre très-peu classique, mais renfermant d'assez bonnes idées; celui de Mahon (2), plus pratique, quoique un peu diffus, mais ayant le mérite particulier d'offrir une discussion à peu près sérieuse sur les questions qui se rattachent à l'hérédité; le mémoire de M. Vassal (3), traitant aussi de ce sujet si obscur à la fois et si intéressant, mais sans lui apporter de solution satisfaisante; le traité de Lombard (4), plein de saines doctrines et de faits intéressants; celui de Petit-Radel (5), écrit en style pompeux et emphatique, mais renfermant des études très-consciencieuses sur les suites de la *gonorrhagie*, et présentant les considérations les plus minutieuses et les plus détaillées sur l'évolution de la syphilis, évolution que l'on vient cependant d'inventer pour la centième fois; Petit-Radel était tourmenté aussi du besoin de dénominations nouvelles; ainsi il a imaginé le *delétère* syphilitique, la *gonorrhagie*; mais ce qu'il m'importe surtout de signaler, c'est qu'après avoir, à l'exemple de M. Lagneau, appelé le virus une *matière* soit gonorrhagique, soit chancreuse, il admettait qu'un individu atteint de gonorrhagie sans *signe apparent* pouvait cependant communiquer l'infection vénérienne... Où était alors le virus, où était la matière? mais l'histoire de la syphilis est pleine de contradictions semblables! On pourra citer encore Liouft (1), Puel (2), dont le mémoire, écrit chaudement, peut être considéré comme une sorte de compromis entre les théories de l'identité et les utopies de l'école physiologique, puis les considérations pratiques recueillies par MM. Bouteille (3) et Freteau (4), et enfin le petit Manuel de M. le docteur Ducros (5) : mais que l'on étudie sous toutes ses faces cette histoire de la syphilis, que Hunter avait laissée si grande et si belle; que l'on cherche après lui la personnification du type amoindri de l'identité, on ne pourra rien trouver qui ajoute à cette histoire après le livre de M. Lagneau, rien qui, comme je le disais naguère, serve mieux de drapeau à l'école timide et dispersée des identistes.

Je ne puis pas quitter cette classe dégénérée, sans dire quelques mots d'un livre dont il reste aujourd'hui peu de chose, mais qui contenait peut-être, bien que sous une forme trop abstraite, de précieuses données sur la syphilis; je veux parler du petit ouvrage de Caron. Ce livre s'annonçait comme renfermant une théorie toute neuve sur la nature des principes contagieux en général, et sur celle du virus syphilitique en particulier; il renfermait deux parties principales : l'une où l'auteur développait cette théorie, l'autre où il combattait le système de l'absorption

(1) *Traité des maladies vénériennes*, par André Vacca Berlinghieri... publié par Alyon, Paris, 1800.

(2) Recherches importantes sur la nature et la communication des maladies syphilitiques dans les femmes enceintes, les nouveau-nés et les nourrices. Paris, 1822.

(3) *Mémoire sur la transmission du virus vénérien de la mère à l'enfant.* — Paris, 1807.

(4) *Cours de chirurgie pratique sur les maladies vénériennes.* — Strasbourg.

(5) *Cours sur les maladies syphilitiques*, fait aux Écoles de médecine en 1809, etc. — Paris, 1812.

(1) *Traité complet de la gonorrhée syphilitique, etc.* — Paris, 1808.

(2) *Mémoire sur la syphilis.* — Paris, 1828.

(3) Preuves cliniques en faveur de l'identité de la matière blennorrhagique et de celle du virus syphilitique.

(4) Preuves d'identité de nature entre le virus de la gonorrhée virulente et celui de la vérole.

Recueil périodique de la Société de médecine de Paris. — 1812. — T. XLIV, p. 3.

(5) *Guide pratique pur l'étude et le traitement des maladies syphilitiques.* Paris, 1841.

mécanique, qu'il ne craignait pas de qualifier de déplorable préjugé.

En principe, Caron (1) voulait que l'on considérât l'infection syphilitique comme une espèce de *conception*, et peut-être aurait-il dû, respectant ce mystère, ne pas lui chercher d'explication. Bien qu'il ait aspiré à une originalité exclusive, il est évident qu'il a emprunté à Sanchez sa théorie des sympathies morbides *sensoriales*, quand il demandait à la sensibilité l'élément principal de la maladie vénérienne. Quoi qu'il en soit, le virus n'était plus une matière ; et, en cela, il faut bien reconnaître que Caron pensait mieux et de plus haut que ses contemporains ; c'était une dépravation de la sensibilité. L'auteur cherchait dans les preuves de cette hypothèse la fréquence des affections de la peau, des ganglions lymphatiques extérieurs, des organes des sens, c'est-à-dire dans la coïncidence des lésions du système nerveux avec l'état syphilitique ; puis dans les modes de contagion, basés essentiellement sur des actes qui *agitent et extasient le principe sensitif*, tels que le coït, l'allaitement, le baiser ; dans les phénomènes d'innervation, qui altèrent le fœtus, soumis à une espèce d'incubation nerveuse dans le sein de la mère ; enfin, dans la réapparition de symptômes spéciaux, sous certaines influences, qui mettent en jeu la sensibilité, comme le froid, les actes voluptueux, les émotions morales, etc.

Quelque originales que puissent paraître ces données, elles reposent malheureusement sur une métaphysique obscure qui ne donne aucune prise à la discussion, parce qu'elle ne formule aucun fait, aucune preuve, rien de ce qui tombe dans le domaine de l'examen et de l'analyse. Ce sont là des produits de l'imagination qu'il faut exposer sans les repousser, sans les admettre, les abandonnant au jugement des praticiens compétents.

Conséquent à son système, Caron rejetait l'inoculation de la syphilis, comme illogique et impossible ; et, suivant lui, il n'y avait dans cette pratique, florissante alors, que l'introduction d'un corps étranger, produisant une simple maladie locale.

(1) Nouvelle doctrine des maladies vénériennes, ou la syphilis et son traitement, rappelés à leurs véritables principes. — Par Caron, interne de l'hôpital des vénériens.

Caron était, à l'époque où il écrivait, sous l'influence des observations négatives de Bru : aujourd'hui, il penserait et écrirait bien autrement.

Après s'être servi des doctrines sensoriales de Sanchez, Caron a emprunté à Darwin sa théorie des mouvements sympathiques, pour expliquer la contagion, qu'il considérait comme un procédé animal qui ne peut avoir lieu qu'entre des corps ayant des propriétés communes...

Ainsi, et en résumé, il admettait un *mode syphilitique*, et en ce sens il avait raison contre ceux qui avaient admis et proclamé l'existence d'une matière virulente, introduite mécaniquement et charriée dans l'économie. Ce premier point le conduisait tout naturellement à repousser la doctrine de l'absorption.

Caron l'a considérée d'abord au point de vue du coït, source la plus fréquente de l'infection. Selon lui, cet acte tendait à mettre toutes les forces de l'économie à l'état d'expansion, c'est-à-dire à l'état qui s'oppose le plus à la possibilité de l'absorption. Nous savons, en effet, que les syphilographes qui ont abordé ce point ont éprouvé de grandes difficultés à l'expliquer ; mais si l'hypothèse de Caron était admissible contre le système de l'absorption *matérielle*, était-elle suffisante pour faire rejeter d'une manière générale et absolue le système de l'absorption ? Je ne le crois pas ; et quand cet auteur a voulu expliquer par la sympathie tous les phénomènes attribués à l'absorption constitutionnelle, il n'a fait, suivant moi, que changer les mots sans changer les choses.

En effet, quelle différence y a-t-il entre la doctrine de l'absorption, telle que l'entendait Hunter, et les actes sympathiques qui, suivant Caron, produisent par une série de phénomènes juxtaposés, une irritation quelconque du principe vital ? Sans doute il était permis, juste même, de nier l'existence d'un fluide chimérique, circulant dans l'économie et les liquides infectés ; mais n'y avait-il pas une grande témérité à prétendre substituer à cette vieille idée une idée plus significative et plus intelligible, quand on la remplaçait par une lésion *occulte et immédiate du principe vital ?* Il est sans doute bien difficile, pour ne pas dire impossible, de résoudre les problèmes qui se rattachent à l'infection syphilitique ; mais est-ce vaincre la diffi-

culté que mettre à la place d'hypothèses ridicules, je suppose, mais discutables, des mots qui, à force d'être sans valeur et sans signification, échappent à toute espèce de contradiction? et voyez où cela entraîne. Pour compléter son système, Caron a ajouté que cette lésion (du principe vital) ne produisait pas une maladie constitutionnelle, mais que, « réagissant sur différents organes, en vertu de certains stimulus, elle produisait les symptômes syphilitiques, qui étaient alors autant de foyers particuliers d'infection, ayant chacun leur sphère spéciale d'activité, pouvant se guérir particulièrement, etc... » Ne sont-ce pas, aux mots près, les résultats de la circulation du virus, de son individualisation? Pourquoi alors imaginer une lésion du principe vital?

L'existence des bubons d'emblée était assez embarrassante, et l'est encore aujourd'hui pour les partisans de l'absorption matérielle; Caron en a profité habilement pour repousser l'absorption en général, expliquant à sa manière l'apparition d'un phénomène encore inexpliqué. Il supposait que les ganglions primitivement affectés avaient reçu la commotion morbide de l'intususception du mode vénérien, qu'ils avaient eux-mêmes conçu ce principe... A l'aide de ce système, on comprend parfaitement.... que l'explication des bubons d'emblée est très-difficile.

Ainsi, une conception vénérienne basée sur des phénomènes d'innervation, pour mode infectant; un procédé animal, agissant entre corps similaires et représentant la contagion : une lésion occulte et immédiate du principe vital pour donner la raison de la syphilis constitutionnelle; telles étaient les données du système de Caron, système inspiré à des sources différentes, mais méritant cependant le titre de neuf et original. Ce qu'il nous faut louer dans ce petit livre, écrit d'ailleurs avec beaucoup de verve, c'est l'appréciation d'un mode syphilitique, c'est-à-dire d'une manière d'être particulière de l'économie, substituée à l'antique théorie de l'absorption matérielle, et l'admission de la réaction pathologique de ce mode à l'organe qui a reçu la commotion morbide : tout le reste est plus curieux que pratique, et l'auteur l'avouait lui-même en écrivant ce rêve d'une belle imagination.

Je ne dirai rien du traitement, qui était pour Caron un corollaire de sa doctrine, et basé sur cette idée, que la syphilis étant une irritation spéciale du principe nerveux, le mercure agissait en substituant à cette phlegmasie une autre irritation nerveuse.

J'oubliais de dire que Caron admettait l'identité de la blennorrhagie et du chancre, et c'est pourtant à ce propos que j'en parlais ici.

Il semblerait tout naturel de faire suivre cet aperçu de l'histoire de ceux qui ont combattu l'identité; mais cette histoire, mais la discussion qu'elle appelle, est précisément le but de cette longue analyse, et j'ai cru devoir réserver les développements qu'elle comporte pour la dernière partie de cette laborieuse expertise du passé. Ce point nécessitera d'ailleurs une discussion qui nous mènera mieux à l'exposé de nos doctrines, et j'ai voulu faire dès à présent la part d'une école, qui pour être oubliée aujourd'hui, ou abandonnée par ses plus fervents adeptes, a jeté cependant un certain éclat, et joua pendant quelques années un rôle aussi important qu'il fut court; je veux parler de l'école physiologique, qui a pris ce nom de ce qu'elle eut pour chefs principaux des adhérents de Broussais : je l'appelle, moi, le parti des NON VIRULISTES. Ce parti fut assez nombreux, mais c'est, je crois, faire une assez large part aux doctrines qu'il représente, que d'esquisser rapidement les principaux portraits de cette galerie confuse, où d'ailleurs tous les personnages présentent à peu près une ressemblance identique. Je me bornerai donc à l'analyse succincte des principales œuvres qu'enfanta une théorie, que jadis j'ai déjà vivement combattue (1), quand elle était puissante et forte, que je retrouve aujourd'hui, mais abattue et ruinée, et n'appelant plus que des souvenirs.

Si étranges que puissent paraître maintenant les doctrines de l'école physiologique, elles doivent cependant être considérées comme un résultat nécessaire de certains faits accomplis, comme une déduction rigoureusement logique de principes antérieurement posés et développés. L'abus, ou plutôt le mauvais emploi du mercure avait amené le dédoublement du type syphilitique, et le règne des théories anglaises : la réaction ne devait pas s'arrê-

(1) Loco citato.

ter là. Abernethy, inventeur de la pseudo-syphilis (1), restreignit encore l'usage du traitement mercuriel, et bientôt l'anti-mercurialisme débordant de toutes parts, les chirurgiens militaires anglais, tels que Fergusson, Guthrie, annoncèrent et essayèrent de prouver par des statistiques (2) que l'on guérissait parfaitement la syphilis sans un atome de mercure : J. Thomson, professeur au collége de chirurgie d'Édimbourg, embrassant enfin ces doctrines (3), leur donna la sanction de sa haute autorité, et professa que l'on pouvait guérir tous les symptômes syphilitiques sous l'influence du régime antiphlogistique, du repos, de la situation horizontale et des moyens locaux adoucissants. L'élan était donné, et le traitement simple, essayé vainement depuis trois siècles, allait enfin faire le tour du monde. Nous ne le suivrons certes pas dans cette pérégrination stérile, et dont le bruit a maintenant tout à fait cessé; toute l'histoire de cette épopée est dans la circulaire que les docteurs Mac-Grégor et W. Franklin adressèrent le 2 avril 1819 aux chirurgiens militaires anglais, et que publia plus tard le docteur Hennen (4); toute sa moralité est dans le dénoûment rapide de cette comédie médicale, dans la rétractation de ses principaux acteurs... dans l'oubli qui a couvert et fait pardonner toutes ces erreurs.

Quoi qu'il en soit des succès de l'application du traitement simple à la syphilis, on comprend très-bien comment la négation du virus a pu procéder de la réaction contre le mercure : en effet, de l'abus et de l'emploi irrationnel de cet agent, on a conclu que le traitement simple suffisait pour guérir la syphilis ; de ce que le traitement simple était habile à produire un effet, réservé jusque-là à une influence spécifique, on a conclu que la syphilis n'avait rien de spécial, qu'elle était une affection simple, qu'en un mot il n'y avait pas de virus : que peut-on imaginer de plus satisfaisant et de plus logique ?

Cependant comme il avait fallu remplacer le mercure, il fallait bien remplacer le virus. Quoi de plus simple ? c'était alors le règne de la phlegmasie, on était dans cette ère de réaction contre les vieilles idées, où toute la pathologie était soumise au joug de l'irritation... Eh bien ! on applique la loi commune à la syphilis, on en fait une phlegmasie, et l'on a tout le secret de l'école physiologique. Produit de la combinaison d'une théorie réactionnaire et d'une théorie éminemment neuve et progressive, elle emprunte à l'une la preuve de la négation du virus, à l'autre sa doctrine de la genèse syphilitique, et marchant sous la double impulsion qu'elle recevait de ces théories alors toutes-puissantes, elle va planter hardiment son drapeau sur les débris de l'antique syphilis... Maintenant nous allons la voir à l'œuvre.

Quoi qu'en ait dit M. Jourdan, dont nous aurons bientôt à nous occuper, ce n'est que de nos jours qu'on a érigé en principe la négation du virus syphilitique, et la première attaque contre les antiques doctrines date de 1811, époque à laquelle on vit paraître un mémoire anonyme, ayant pour titre : *De la non existence de la maladie vénérienne* (1). Ce titre annonçait une révolution en médecine; aussi l'auteur, préoccupé des dangers qu'il courait, a-t-il prudemment gardé l'incognito, se comparant à Galilée, victime du tort d'avoir eu raison, et redoutant l'inquisition médicale, quelquefois aussi intolérante que l'inquisition religieuse. Voyons donc ce qui pouvait justifier tant de modestie et tant de crainte du martyre !

En général, l'auteur admettait que la syphilis avait été inventée par les médecins du XVe siècle, qu'elle n'est au fond que la réunion d'affections diverses, c'est-à-dire que la blennorrhagie, le chancre, l'exostose, la syphilide, sont des phénomè-

(1) *Surgical observations.* — Londres, 1800, p. 108.

(2) *Observations on the treatment of syphilis.* — *Med. chir. transactions*, t. IX. — 1808.

(3) *Jl. med. chir. d'Edimbourg.* — 1817.

(4) On la trouve dans le *Journal complémentaire du Dict. des sciences médicales* : t XIV, p. 221.

Toute cette guerre de statistiques a été parfaitement appréciée par M. le docteur Gauthier, dont nous analysons plus loin les intéressantes recherches sur la syphilis : il a démontré que cette fameuse circulaire, dont on fit tant de bruit, n'avait pas une valeur réelle, puisqu'en définitive le traitement simple pour les récidives fut 1 sur 19, tandis que le traitement mercuriel donna 1 sur 49. M. Gauthier fait observer en outre que ces tableaux étaient relevés après trois mois de guérison apparente, ce qui amoindrit singulièrement leur valeur..... En effet, toute la question est là, et c'est parce qu'on l'a méconnue, que l'antiphlogistique a produit tant de merveilles... et de mécomptes.

(1) Strasbourg.

nes qui n'ont pas plus de rapports entre eux qu'il n'y en a entre l'ophthalmie et l'œdème, entre le phlegmon et l'amaurose. Sur le premier point, je serais assez volontiers d'accord avec l'écrivain anonyme; en ce sens que, pour moi du moins, les premiers syphilographes n'ont fait que réunir en un type distinct et spécial des symptômes qui avaient été jusqu'alors méconnus et isolés; quant au second point, notre auteur fait précisément le contraire de ce qu'il blâme si fort, et il se reporte aux siècles qui précédèrent la fameuse épidémie de 1492; libre à lui, mais sur quoi se fonde-t-il, pour expliquer cette individualisation des divers symptômes syphilitiques? c'est ce que je vais examiner en peu de mots. « La gonorrhée est due, dans tous les cas, à une irritation de cause interne ou externe sur le canal de l'urètre ou sur le vagin. » Voilà certes une définition qui ne laisse rien à désirer; si maintenant l'auteur entrant dans des détails, cite la blennorhagie *ammoniacale* de Swédiaur, s'il range parmi les causes de la gonorrhée la masturbation, les métastases de l'*humeur* goutteuse, etc., quelle autre chose faisait-il que d'approprier à son système les contre-sens d'observation sanctionnés par l'autorité des hommes les plus recommandables? Remarquons, seulement, à ce propos que notre auteur qui vient de reconnaître pour cause de la blennorrhagie le transport de l'humeur goutteuse sur l'urètre, nie un peu plus loin que le virus vénérien étant transporté sur l'œil, y produise l'ophthalmie : quelle intelligence des métastases!

Quant au chancre, il pouvait être produit par une infinité de causes... du moins l'anonyme le prétend; mais ces causes se bornent à l'âcreté que suscite la malpropreté, à une disposition particulière des humeurs, à un vice dartreux, psorique, et à un etc... C'est plus qu'il n'en faut cependant pour remplacer le virus, dénomination bien vague à côté de ces termes si précis, la disposition des humeurs, le vice dartreux ..! Faut-il s'étonner maintenant que l'auteur affirme que les chancres présentent une analogie parfaite et constante avec les aphthes qui surviennent sur la langue ou à l'intérieur des lèvres?

Pour ce qui est du bubon, il était depuis longtemps expliqué suffisamment par la sympathie : l'anonyme n'avait rien à imaginer de mieux. Voilà pour les symptômes primitifs, voyons pour les symptômes secondaires.

Prenons au hasard. Les ulcérations consécutives de la gorge pouvaient être assez embarrassantes. Notre auteur les a expliquées en disant qu'elles devaient être fréquentes sur des points continuellement exposés au passage d'aliments et de boissons plus ou moins irritants, au contact même de l'air chargé de miasmes différents... Cela n'est-il pas très-ingénieux? Si l'ulcération attaque le nez, c'est le cancer; si elle ronge la pituitaire, c'est l'ozène ; or le cancer et l'ozène étaient des symptômes connus des anciens, donc ils ne sont pas vénériens. Je ne parle pas des affections des os, qui étaient évidemment produites par le traitement mercuriel.

L'auteur anonyme avait expliqué beaucoup de choses avec le vice dartreux, mais le vice dartreux ne peut pas expliquer tout : aussi le réformateur fait-il intervenir le scorbut pour donner la raison des phénomènes les plus sérieux de la syphilis. Voici comment il raisonne. Le mercure a une grande analogie avec le scorbut, puisque l'un peut produire une affection des gencives qui est le signe essentiel de l'autre : le mercure produit donc la cachexie scorbutique que l'auteur définit très-philosophiquement *un dérangement des organes qui servent à la sanguification;* puis l'on envoie en désespoir de cause les malades à Montpellier, célèbre alors par ses cliniques vénériennes... Le climat guérit le scorbut, et la faculté prétend avoir guéri la vérole... Quelle dialectique!

Quand on a pour auxiliaires le vice dartreux et la cachexie scorbutique, on peut bien se passer du virus, et rejeter les doctrines qui s'y rattachent, comme des préjugés et des fables. Aussi l'auteur a-t-il réservé ses meilleures armes pour les combattre et les renverser : il a profité habilement des écarts dans lesquels étaient tombés quelques auteurs qui ne voyaient partout que la syphilis, et citant par exemple, les unes après les autres, toutes les affections qu'Astruc rapporte au virus vénérien, il affirme qu'un virus qui produit tant de maladies, n'en produit aucune aux yeux d'un homme de bon sens, et que c'est le cas d'appliquer le proverbe populaire, *qui prouve trop ne prouve rien.* Qu'aurait-il donc dit s'il avait lu Carrère? mais nous sommes condamnés à voir reproduire bien

des fois cet argument sur lequel les non virulistes comptaient beaucoup.

Par opposition, notre anonyme prétend qu'il n'existe aucune preuve qu'une maladie soit vénérienne : il reconnaît bien qu'un individu est atteint du vice scorbutique, ou du vice scrofuleux; pour lui les vices dartreux et psorique se manifestent évidemment : mais, dit-il, comment s'annonce le virus si actif, si pénétrant, si contagieux de la vérole?... Ce n'est pas le moment de le dire, mais on doit s'étonner qu'une pareille question soit faite par l'observateur qui reconnaissait si facilement le vice dartreux.

Après avoir rejeté dédaigneusement la doctrine du virus, comme inhabile à expliquer tous les phénomènes attribués à la syphilis, après avoir mis au rebut toutes les vieilleries telles que la contagion, l'infection médiate et immédiate, et l'hérédité; après avoir enfin accompli l'œuvre de destruction en traitant le mercure d'affreux remède, dont les effets principaux étaient de produire des douleurs atroces, des caries des os, que sais-je, l'anonyme a voulu compléter sa tâche, en imaginant un système à lui, système qui tendrait à mettre sur le compte de la débauche tout ce que l'on mettait sur le compte du virus. Que la débauche produise toutes les affections locales ou primitives, on le conçoit avec l'aide de l'irritation, mais qu'elle soit la cause des phénomènes secondaires, c'est ce que l'on ne conçoit pas, bien que l'auteur ait dit que « dans certaines constitutions, que l'on pourrait appeler érotiques ou vénériennes, les parties où la sensibilité est plus grande contractent, par l'habitude d'être sans cesse excitées, une susceptibilité particulière à l'irritation.... » C'est bien assez d'ailleurs sur ce prétendu système qu'il suffit de signaler.

En résumé, ce mémoire a pour mérite principal, j'allais dire pour seul mérite, d'avoir le premier énoncé nettement et franchement une idée que l'on a paraphrasée depuis, mais sans y rien ajouter, à savoir : que la maladie vénérienne n'existe pas. Je n'ai pas à combattre cette opinion, mais à faire voir seulement sur quels arguments, sur quels faits elle est fondée... On a pu voir si la logique était le fort de l'écrivain anonyme. Evidemment son livre pèche par la base, c'est-à-dire par l'observation : c'est un amas d'assertions sans valeur individuelle, sans lien qui les coordonne... Ce n'était certes pas là un motif de redouter l'inquisition.

Quoi qu'il en soit, et malgré sa hardiesse, ce mémoire était resté presque inaperçu, et l'identité n'eut à lutter pendant longtemps que contre la pratique réactionnaire, introduite dans la thérapeutique vénérienne par les chirurgiens anglais. Il était réservé à l'école physiologique d'exploiter en grand et avec un certain éclat la théorie du nonvirulisme. Déjà en 1816 M. Jourdan avait publié des articles (1) qui préludaient à des travaux plus sérieux et plus complets : on était en pleine réaction médicale, et le règne de Broussais était venu. Un mot d'abord sur cet homme célèbre, qui systématiquement doit revendiquer l'honneur de l'irritation appliquée à la syphilis. Il voulait bien que l'on appelât virus le produit de la phlegmasie vénérienne, mais à la condition qu'il n'agirait que comme une injection de chlore, comme une sanie provenant de putréfaction, comme simple irritant en un mot. Quant à l'infection générale, c'était uniquement un phénomène de subinflammation. Il se fondait sur ce que l'on pouvait déterminer artificiellement des symptômes syphiliformes, et il recommandait aux spécialistes de tenter des expériences dans cette voie : le conseil est demeuré stérile, et l'hypothèse est restée sans preuve. Du reste, tout son système, perdu d'ailleurs dans ses systèmes généraux, peut être résumé par cette phrase : « l'irritation débute par les surfaces muqueuses, se propage ensuite aux tissus blancs, tant lymphatiques, que faisant partie de l'appareil locomoteur, et finit par produire des altérations qui se confondent avec celles des scrofules et celles du rhumatisme (2). . » Je n'ai rien à dire là-dessus.

M. Jourdan publia enfin, en 1826 (3), un traité complet sur les maladies vénériennes non-virulentes. Cet ouvrage présente trois points principaux : d'abord une théorie de la phlegmasie simple, appliquée à tous les symptômes syphilitiques; puis une dissertation historique tendant à démontrer que ces symptômes ont existé de tout temps, et ne sont pas en conséquence le résultat d'un

(1) *Journal universel des sciences médicales*.— 1816.

(2) *Propositions de pathologie*.

(3) *Traité des maladies vénériennes*, d'après les principes de la médecine organique, etc. — 1826.

virus; enfin, une discussion sur les dangers du traitement mercuriel, et l'apologie du traitement simple.

Si l'on demande d'abord à M. Jourdan comment, niant la syphilis, il a cependant fait un livre sur les maladies vénériennes, il répondra qu'il entend par maux vénériens tous les résultats pathologiques des rapports sexuels. Cette définition est parfaitement trouvée, et l'on sent tout de suite combien elle peut être commode dans l'argumentation; en effet, si l'abus du coït peut engendrer un trouble quelconque du côté des organes génitaux, il n'y a pas de raison pour qu'un contact irritant ne produise pas un chancre ou une blennorrhagie. Aussi, il considère les maladies vénériennes *primitives* « comme le résultat d'une exaltation plus ou moins circonscrite de l'activité vitale dans les parties qui en deviennent le siége; et suivant la réaction dont elles dépendent toutes, les maladies vénériennes se manifestent par inflammation, par ulcération ou par des excroissances et des végétations. » Voilà toute la théorie bien posée : entrons dans les détails.

M. Jourdan admet d'abord la phlegmasie simple des membranes muqueuses, ce qui le conduit à traiter de l'urétrite, dénomination qu'il avait empruntée à Bosquillon et qui lui semblait plus convenable. Ici il était dans le beau côté de la question, et il ne s'est pas fait faute de développements; mais j'ai déjà eu occasion de parler de la blennorrhagie simple, j'aurai trop sujet d'y revenir à propos des non-identistes, pour m'arrêter sur ce point, qui d'ailleurs n'appartenait pas en propre aux non-virulistes, et n'a fait au contraire que susciter et étayer leur doctrine. Je dirai seulement que M. Jourdan a apporté beaucoup de soin dans la description des suites de l'urétrite, et je me demanderai si admettant, comme il l'a fait, les métastases blennorrhagiques, il n'a pas été embarrassé pour les concilier avec la théorie de la phlegmasie simple. La contagion constante, indéfinie des écoulements urétraux pourrait être embarrassante aussi; mais l'auteur n'a fait que l'effleurer, et il a signalé à ce propos un certain état d'orgasme qu'il semble regarder comme nécessaire à l'infection. J'en dirai autant de l'incubation, difficulté que l'auteur a eu le courage d'aborder, et qu'il a cru pouvoir expliquer par la persistance de la phlegmasie, sans apparition de l'écoulement. N'était-ce pas résoudre la question par la question même?

M. Jourdan s'est occupé ensuite de l'ulcération, qui était, comme on le sait, le second mode de sa *réaction organique*. Ici sa tâche était plus difficile : aussi a-t-il été réduit à abuser de l'hypothèse, du sophisme, pour soutenir une cause désespérée. Ainsi il regarde l'ulcération comme une forme particulière, mais simple, de la phlogose, et il établit qu'elle ne présente aucun cachet distinctif qui puisse servir à la faire reconnaître en tant que maladie spéciale; mais en décrivant les ulcérations primitives, M. Jourdan admet comme symptômes *vénériens* toutes les excoriations *quelles qu'elles soient*, qu'il est si fréquent de rencontrer au gland, et *qui demeurent souvent inappréciées, parce qu'elles ne causent aucune douleur et qu'elles se cicatrisent en général avec facilité*; puis, s'étayant sur les nombreuses différences que peut présenter l'ulcération du prépuce et du gland, il conclut que les ulcères vénériens n'ont pas toujours les caractères qui leur ont été assignés... d'où impossibilité de les reconnaître... enfin impossibilité d'un virus... M. Jourdan a seulement montré par là qu'il était habile à déplacer les questions, mais il n'a pu en conscience compter sur cet argument. Si au lieu de décrire ou d'invoquer une foule de symptômes qui ne sont pas vénériens, il s'était borné à discuter les caractères que l'on assigne habituellement au chancre, la forme huntérienne, en un mot, il se serait épargné un raisonnement pénible et une conclusion qui donnerait à croire qu'il n'était pas suffisamment pénétré de son sujet. On serait vraiment tenté de le penser, quand on voit cet écrivain d'un grand esprit argumenter sur l'*herpes preputialis*, pour démontrer qu'il est impossible de reconnaître l'ulcération syphilitique. Je sais tout le parti que l'on a voulu tirer de ce symptôme décoré du nom de pseudo-syphilis; mais comment se fait-il que M. Jourdan ait pu sérieusement prétendre que l'on ne pouvait pas le distinguer de l'ulcération syphilitique du prépuce? S'il lui avait été donné de l'étudier, il n'aurait pas commis une pareille erreur: mais les meilleurs esprits, quand ils obéissent à une idée préconçue, don-

nent ainsi dans des écarts inconcevables!

Ainsi on niait d'une part que les symptômes syphilitiques eussent un cachet particulier résultant de leur aspect, de leur mode de développement; je n'ai ni le dessein ni l'envie de réfuter une opinion qui se basait, par exemple, sur ce que l'on peut imiter le chancre avec de l'*amadou brûlé!* D'une autre part, on a argumenté sur la diversité des symptômes pouvant exprimer la même infection, et on en concluait qu'alors qu'il n'y avait pas identité dans la forme, il ne pouvait pas y avoir identité au fond; que par conséquent, la spécificité manquant dans un cas devait manquer dans l'autre, c'est-à-dire n'exister nulle part. On comprend que cette différence dans les symptômes ait pu amener le dédoublement du type syphilitique, faire imaginer des virus différents; mais que l'on ait voulu en déduire que la syphilis n'est pas une maladie spéciale, c'est ce que l'on comprend difficilement. En réfutant cette prétention, je disais, il y a bientôt vingt ans: « ...Une maladie peut être identique dans tous les cas, et cependant se manifester par plusieurs symptômes. Un enfant atteint de scrofules, et dont les os du tarse et du carpe seront cariés, cessera-t-il d'être scrofuleux, parce qu'un autre enfant, scrofuleux comme lui, n'aura que le système glandulaire affecté? La syphilis peut se présenter sous la forme d'un ulcère, sous celle d'une inflammation avec exsudation, d'une syphilide, etc.; elle n'a pas besoin, pour conserver son caractère de spécialité, de se manifester chez tous les individus par un seul et même phénomène; il faut seulement que ces symptômes différents se présentent dans toutes les circonstances avec des caractères qui soient dans tous les cas les mêmes, et n'appartiennent qu'à la syphilis. » L'expérience n'a fait que confirmer depuis ce que je disais alors, et aujourd'hui je suis pleinement convaincu que la syphilis agit en modifiant l'économie tout entière, qu'elle produit une sorte de tempérament nouveau, que dès lors c'est à l'individualité qu'il faut demander compte de la diversité des phénomènes observés, que pour juger de la spécificité absolue de la syphilis, il ne suffit pas de l'envisager d'un point de vue restreint et isolé, mais qu'il faut l'étudier dans son ensemble, c'est-à-dire dans ses effets généraux et constants sur l'économie. Si le chancre, si le bubon d'emblée sont également suivis de phénomènes secondaires identiques, ils sont nécessairement identiques entre eux; la différence de forme ne constitue plus qu'un accident, difficile à expliquer peut-être, mais qui s'efface devant le caractère général, régulier, constant de la maladie; là est tout le secret de l'identité.

Aux phénomènes primitifs se rattachait nécessairement l'idée de la contagion, fait trop connu, trop confirmé par l'expérience pour pouvoir être révoqué en doute: l'école physiologique devait l'accepter, au risque de lui donner une explication qui fût en harmonie avec son système. Le point principal était de rejeter le virus, peu importait le reste: aussi M. Jourdan a-t-il cherché à s'en rendre compte par les *changements survenus dans la composition des fluides exhalés par les parties*: c'est l'explication du fait matériel qui donne lieu à la contagion; mais ce n'est pas reconnaître et apprécier la propriété immatérielle qui constitue ce phénomène morbide; c'est enfin tout simplement signaler un résultat, c'était la cause qu'il fallait trouver. Tout cela était bien embarrassant, et l'on prit le parti de dire que d'ailleurs la contagion n'était pas un fait constant; que les symptômes vénériens pouvaient se manifester d'une manière spontanée, qu'enfin en remontant l'échelle des rapports soi-disant contagieux, il fallait bien arriver à un moment, fût-ce à la naissance du premier homme, où la syphilis se serait déclarée toute seule. Le dernier de ces arguments est, il faut bien le dire, sans portée et sans valeur. M. Jourdan savait très-bien que si l'on voulait faire remonter ainsi toute chose à la genèse primitive, on serait singulièrement embarrassé, même au point de vue de la pathologie simple, et il était permis au surplus, puisque M. Jourdan voulait savoir comment une affection contagieuse avait pu avoir un commencement non contagieux; il était permis, dis-je, de lui demander comment il entendait expliquer la naissance du premier homme sans aucun des actes qui président à la conception.

Quant à la question de la spontanéité, nous verrons, en parlant de M. Richond des Brus, qu'elle repose sur des analogies sans valeur, et sur des faits douteux, qui ne peuvent soutenir une discussion sérieuse.

M. Jourdan a décrit les maladies vénériennes secondaires selon qu'elles affectent les systèmes lymphatique, muqueux, cutané, fibreux, osseux et nerveux. Je ne puis dire de ces descriptions qu'une chose, c'est qu'elles sont faites avec une grande valeur de forme, surtout avec une grande pureté de style, et qu'elles font regretter bien vivement que tant de mérite ait été mis à la disposition d'une doctrine aussi fausse qu'elle pouvait être séduisante, aussi stérile qu'elle paraissait brillante et féconde. Je me suis demandé souvent en les lisant, comment un homme bien convaincu, comme devait l'être M. Jourdan, avait osé aborder un point aussi difficultueux à son point de vue, que la syphilis secondaire! L'hypothèse de l'irritation pouvait jusqu'à un certain point donner la raison des accidents primitifs; mais quelle hypothèse était suffisante à expliquer le développement de la syphilis consécutive? M. Jourdan a entrepris de la trouver, et il a appelé à lui la sympathie qui existe entre toutes les parties de l'économie et surtout entre la muqueuse génito-urinaire et une foule d'autres points, en tête desquels il faut placer le commencement de la muqueuse laryngo-pharyngienne. Mais M. Jourdan a senti tout ce qu'il y aurait de singulier à admettre une sympathie dont les liens seraient tellement cachés que les phénomènes ne se feraient sentir qu'au bout de dix, vingt ans et plus: aussi ne l'admet-il que jusqu'à une certaine époque, pendant le traitement et même quelque temps après la *guérison*, ce qui n'est déjà pas aisé à comprendre. Il avoue du reste que les limites de cette *concatenation* sont difficiles à fixer; mais il est encore plus difficile de saisir son opinion, et il était cependant très-important de la préciser.

Quoi qu'il en soit, voyons si cette sympathie pouvait réellement rendre raison des phénomènes secondaires de la syphilis.

D'abord, dans des inflammations d'une tout autre nature, il devrait y avoir des phénomènes sympathiques, physiologiquement parlant, tout comme dans une inflammation vénérienne; et par conséquent on devrait au moins quelquefois rencontrer des phénomènes vénériens secondaires à la suite d'une inflammation non vénérienne des organes génitaux. Cependant il n'existe aucun fait de ce genre, et l'on ne connaît pas encore d'exostose, d'ulcérations syphilitiques de la gorge, de syphilides, survenues sympathiquement après l'extirpation des testicules par exemple, à la suite de cet *herpes preputialis*, sur lequel M. Jourdan a argumenté au moins légèrement, ni même, ainsi que le répétait si souvent Biett, à la suite de cet *eczema* des parties génitales, qui constitue une maladie si rebelle et qui se trouve dans toutes les conditions possibles pour déterminer des effets sympathiques, etc.

D'un autre côté, les symptômes primitifs n'ont pas toujours leur siége aux parties génitales, et l'on rencontre souvent des ulcérations à la bouche, à la suite d'un baiser ou d'une succion lascive. Il devrait nécessairement parmi ces cas, qui ne sont pas rares, s'en trouver quelques-uns où par réciprocité on observât une urétrite ou des chancres du gland sympathiques; mais il n'en est jamais ainsi.

Que maintenant M. Jourdan s'appuie sur ces vierges déflorées de Catulle, chez lesquelles le cou grossissait par sympathie... Cela peut être très-curieux dans un vers érotique; mais était-ce là un argument bien à sa place et surtout bien concluant?

M. Jourdan s'était servi aussi de la métastase pour expliquer l'apparition de ces phénomènes secondaires. La métastase est un phénomène certainement très-commode, dont tout le monde a le droit de se servir, même sans s'en rendre compte; et cependant en le joignant à la sympathie, tout cela ne pouvait, ainsi que je le disais tout à l'heure, expliquer qu'une certaine partie des symptômes consécutifs: il en était qui, à cause de l'intervalle écoulé entre leur apparition et les accidents primitifs, ne pouvaient plus être ni sympathiques, ni métastatiques; M. Jourdan a pris le parti le plus simple, c'était de les nier.

De tout ce qui précède, il résulte qu'en expliquant les maladies vénériennes primitives par l'irritation, et les maladies vénériennes secondaires par la sympathie, M. Jourdan avait à peu près frappé d'inutilité l'intervention du virus dans la genèse syphilitique: c'était beaucoup d'avoir imaginé deux hypothèses qui pussent, jusqu'à un certain point, servir de base à l'antivirulisme; ce n'était pas assez pourtant, et, après avoir démontré que l'on pouvait se passer du virus, M. Jourdan a essayé de prouver, par l'histoire et la logique, qu'il n'avait jamais pu exister.

En élargissant ainsi le cercle de la question, M. Jourdan trouvait un double profit : servir sa cause, en traitant un point de vue d'érudition difficile autant que controversé. Mais, s'il y avait profit, il y avait aussi labeur et peine, et il faut convenir que l'auteur s'est ici acquitté de sa tâche avec une rare distinction. M. Jourdan est du petit nombre de ceux qui savent plaire en instruisant; aussi a-t-il donné à cette partie toute scientifique un charme qui retient l'esprit, sans rien ôter de sa force à l'élément de conviction. M. Jourdan a donc entrepris de prouver l'antiquité absolue des affections vénériennes, et je n'ai pas grand mérite à dire qu'il l'a fait très-victorieusement, puisque sur ce point, je suis d'accord avec lui. Mais, de ce que les maladies vénériennes ont existé de tout temps, sans que l'on ait eu l'idée de les faire dépendre d'un virus ; de ce que la théorie du virus est une chose toute moderne, postérieure du moins à l'épidémie du XVe siècle, il a conclu que le virus syphilitique est une chimère qui n'a jamais existé! Ici nous cessons de nous entendre, car, selon moi, rien n'autorisait M. Jourdan à tirer la conclusion singulière à laquelle a abouti sa dissertation historique. Le silence des anciens sur le virus prouve qu'ils n'avaient pas apprécié complétement ce principe, et il ne faut pas s'en étonner, puisqu'à peine si l'on est d'accord aujourd'hui sur son existence; mais s'il fallait nier tout ce que nos devanciers ne connaissaient pas, où en serions-nous au point de vue du progrès et du perfectionnement? Il demeure acquis pour nous que les écrivains antérieurs à l'épidémie ont connu et signalé toutes les affections vénériennes des organes génitaux; c'est là le point réellement important. Si maintenant ils n'ont pas apprécié et décrit les symptômes secondaires, faut-il penser, avec M. Jourdan, que ces symptômes n'existaient pas, et sont dus à l'influence désorganisatrice du traitement mercuriel, ou croire tout simplement que les anciens ont méconnu la syphilis consécutive par la seule raison qu'ils ne connaissaient pas le virus?... Il me semble que l'histoire de la syphilis peut se charger toute seule de résoudre ces points litigieux. En effet, il est bien remarquable que c'est à dater du jour où les observateurs se sont convaincus que la syphilis était une maladie *constitutionnelle*, que, d'une part, ils lui ont assigné une cause mystérieuse, inconnue, virulente enfin, et que de l'autre, ils ont décrit ce que l'on appelle aujourd'hui l'évolution syphilitique, c'est-à-dire tous les différents ordres de symptômes. Ainsi tout s'enchaîne parfaitement. Les anciens ont signalé toutes les affections vénériennes locales : donc, la syphilis a existé de toute antiquité... Le virus n'a été parfaitement apprécié que depuis l'épidémie; c'est, si vous voulez, une invention moderne, mais il n'en faut pas moins conclure qu'il a existé de tout temps aussi, puisque seul il peut expliquer les phénomènes particuliers, décrits antérieurement au seizième siècle. Que maintenant M. Jourdan blâme l'abus que l'on a fait du virus; qu'il stygmatise la théorie de la syphilis larvée; il a raison, mais contre l'exception seulement; la règle ne peut pas souffrir des conséquences exagérées qu'en ont tirées certains esprits faux. S'il a plu à Carrère de faire de la syphilis une boîte de Pandore d'où sortaient toutes les maladies humaines, faut-il en conclure que Fernel et Hunter n'ont pas eu raison? S'il plaisait demain à un pathologiste de dire que le virus varioleux est la cause de toutes les affections qui désolent le monde, serait-on en droit d'en conclure qu'il n'existe pas de virus pour la variole? Où en serions-nous, si l'on avait nié toutes les vérités dont on a abusé?

M. Jourdan a argumenté aussi sur la divergence d'opinions, au point de vue de la définition du virus? Sans doute, cela est malheureux; mais que la chimie ou la physiologie n'ait pas pu donner l'analyse soit exacte, soit philosophique de ce principe, cela prouve-t-il qu'il n'existe pas? Sait-on ce que c'est que le virus varioleux? sait-on quelle est l'essence du poison rabique? et cependant la rage et la variole sont pour tout le monde des affections virulentes.

En définitive, M. Jourdan s'est donné beaucoup de peine pour renverser la doctrine du virus, et cependant il finit par dire : *que l'on donne le nom que l'on voudra au pus doué de la qualité contagieuse, pourvu que ce ne soit pas celui de virus, dont le rejet n'entraînerait pas celui de la contagion, ni de l'inoculation....* cela ressemble presque à une guerre de mots, et M. Jourdan était peut-être plus près qu'on ne le pense de

croire à tout ce que comporte pour nous cette dénomination de virus, qu'il faut conserver après tout, faute d'une autre qui soit plus satisfaisante.

La négation du virus entraînait M. Jourdan à nier l'hérédité! il l'a fait, se fondant sur *ce qu'il n'est pas prouvé que le sperme coopère en substance à la fécondation...* Pourquoi toute cette métaphysique? l'hérédité est un fait, fait incontestable, avoué pour une foule d'affections organiques, de maladies constitutionnelles, pour l'épilepsie, la goutte, les scrofules, la phthisie; et qu'importe ici comment le sperme agit; la filiation est claire, irréfutable... Concluons par analogie, et nous serons amenés à reconnaître que cette filiation peut exister pour la syphilis, sans qu'on sache d'ailleurs comment s'opère la fécondation.

Et maintenant que dire du traitement qui résumait au point de vue pratique tout ce que l'antivirulisme avait imaginé d'hypothèses et d'utopies? M. Jourdan a honni et conspué le mercure pour exalter le traitement simple, le traitement antiphlogistique. Ici nous nous retrouvons en face des doctrines anglaises, dont nous connaissons les statistiques, et qui ont servi de principal argument contre la nature spéciale de la syphilis : je n'ai rien à en dire, sinon que M. Jourdan avait, comme toute l'école dont il faisait partie, attribué à la thérapeutique mercurielle la plupart des symptômes graves, que l'on attribuait auparavant à la syphilis elle-même, qu'il avait même décrit, sur la foi de certains pathologistes d'outre-mer, un eczéma mercuriel qu'on n'a jamais défini; et enfin, il combattait l'irritation par les antiphlogistiques, aidés de moyens révulsifs et perturbateurs. L'expérience a fait tellement justice aujourd'hui de ces opinions, honnêtes au fond, qu'il serait au moins inutile de les combattre et de les réfuter.

En résumé, le livre de M. Jourdan est, bien que basé sur l'erreur, empreint d'un cachet sérieux qui le relève et en fait une œuvre estimable; il est écrit d'un bout à l'autre avec une grande netteté, et, sous ce point de vue, il mérite des éloges, qu'il n'est pas permis de lui refuser. Il faut reconnaître aussi que sous le rapport du style et de l'érudition, il laisse peu de chose à désirer, qu'il brille encore par l'ordre et la méthode, et s'il fallait une preuve décisive de l'inanité des doctrines qu'il soutenait, on la trouverait dans le peu de relief et de durée qu'elles empruntèrent à une œuvre remarquable à tant d'égards.

Après le livre de M. Jourdan vient celui de M. Richond des Brus qui eut plus d'éclat peut-être, bien qu'il ne dût pas avoir plus d'avenir. Cet auteur avait pris surtout à tâche de démontrer qu'il n'existe pas de virus syphilitique, et c'est sous ce rapport qu'il aurait mérité le titre d'athlète de l'école physiologique, que lui a décerné un auteur qui aime les victoires faciles. M. Jourdan avait pris son œuvre d'assez haut et imprimé à sa théorie un air magistral qui sied même à l'erreur : M. Richond s'est préoccupé surtout de faire une satire contre le virus, et affichant un mépris hautain contre son adversaire, il a employé trop souvent les armes du badinage et de la plaisanterie. Prenant le virus corps à corps, il affectait de le considérer sans cesse comme un *être* agissant au gré de ses caprices, se nichant dans un coin pour méditer sur ses attaques futures, se cachant pour reparaître, voyageant tantôt dans une région, tantôt dans une autre... On conçoit qu'en se plaçant à ce point de vue, il était très-facile de couvrir ce pauvre virus d'un ridicule ineffaçable. Ce qu'il y avait de plus malheureux, c'est que bien évidemment les théories du passé donnaient à M. Richond le droit de se tenir dans les limites de cette argumentation commode; mais cela posé, et en admettant que cet auteur se soit acquitté de sa tâche avec tout le bonheur possible, il ne suffit pas, pour être réformateur, d'argumenter plus ou moins agréablement sur les erreurs ou les fautes de ses adversaires; il faut joindre à l'esprit qui ridiculise et tue, la puissance qui crée et vivifie, qui fécondant une idée perçue, l'élève à l'état de doctrine, en fait une œuvre complète avec ses principes et ses conséquences. M. Richond des Brus recula devant les difficultés de l'entreprise, et, se bornant au rôle de critique, il s'est abstenu de faire un traité des maladies vénériennes. Notre tâche, en cela, sera rendue plus facile, puisque nous n'aurons à examiner que les raisons sur lesquelles l'auteur s'appuie pour nier l'existence du virus.

Nous retrouvons en première ligne l'ancienneté absolue des affections vénérien-

nes; mais après ce qu'en a dit M. Jourdan, il n'est plus permis de nous arrêter à cette objection. M. Richond prétendait ensuite que la contagion ne prouve pas la virulence : à elle seule, non; mais elle est un des attributs du virus, et admettre l'une, c'est admettre l'autre en partie. Suivant l'auteur, l'inoculation ne prouve pas l'existence du virus; comme il se fondait sur les résultats contradictoires obtenus par différents expérimentateurs, le temps a sans doute fait justice de l'argument. M. Richond prétendait ensuite nier le virus, par cette raison que la syphilis peut se développer spontanément. Il cite, sur la foi de Blegny, le fait d'une jeune fille qui aurait été atteinte d'une *vaginite*, après avoir été forcée par six individus, reconnus sains *douze jours* après l'aventure... On ne voit pas trop où est la spontanéité, puisque évidemment, il y a dans ce fait toutes les circonstances nécessaires pour expliquer l'infection et l'apparence *d'état sain* des violeurs!... Cependant, on en conclut que les excès du coït peuvent produire la vérole. A ce fait, M. Richond ajoute celui d'un jeune homme qui aurait gagné un chancre par le fait de la rencontre d'un poil, dans des rapprochements intimes avec une jeune fille saine, qui aurait eu un bubon, qui aurait communiqué à sa maîtresse une blennorrhagie intense, des ulcères, des pustules plates, des irritations, des pustules *cuivreuses*... le mot y est... Tout cela sans qu'il y eût la moindre trace de syphilis, et par le fait de cette déchirure causée par un poil! Il faut avouer que si le fait est très-simple, l'explication a un caractère surnaturel qu'il est permis de ne pas accepter.

Après plusieurs observations empruntées à sa pratique, M. Richond s'appuie sur certaines épidémies de syphilis, observées à différentes époques. Mais ou ces faits manquent généralement de détails satisfaisants, comme cela est arrivé pour M. Weizmann, au sujet de l'épidémie observée dans la Turquie septentrionale; pour M. Cambieri, à propos de celle de Fiume, en 1800; ou bien il s'agit de maladies endémiques qui n'ont évidemment pas un rapport bien établi avec la syphilis, comme M. Jourdan l'a reconnu à propos du sibbens d'Écosse, du mal de la baie de Saint-Paul, du Sherlewio, etc. Comment se fait-il enfin que des auteurs qui étaient si sceptiques, à l'endroit du virus, devenaient d'une crédulité si naïve, quand il s'agissait de véroles épidémiques?

Les concessions faites par l'école identiste, sur la difficulté de distinguer les phénomènes syphilitiques de certains phénomènes simples, sont devenues des arguments pour M. Richond. Il en a conclu tout naturellement que le diagnostic était impossible : et cependant nous avons vu avec quelle facilité il reconnaissait la vérole, quand il fallait l'attribuer à la spontanéité! Mais en supposant qu'il fût impossible, comme le disait M. Lagneau, de distinguer une blennorrhagie syphilitique... s'ensuit-il que la syphilis n'existe pas?

A propos de la vérole confirmée, et de l'infini de ses limites, M. Richond ne s'est pas fait faute de sarcasmes... Je répéterai ici qu'il avait raison; mais contre l'abus que certains auteurs avaient fait de l'infection syphilitique... La syphilis n'était pas ici en cause.

M. Richond prétend qu'une foule de causes peuvent produire les symptômes attribués au virus; mais cette affirmation a-t-elle une grande valeur, quand on voit cet auteur citer comme preuve le fait d'un soldat qui aurait eu des *pustules vénériennes*, pour s'être exposé à l'air à la suite d'un exercice violent... Il peut y avoir à ce fait une foule d'explications, qu'il est inutile de donner ici : seulement on pourrait demander à M. Richond comment il se fait qu'il a reconnu que ces pustules étaient vénériennes... Le diagnostic des symptômes syphilitiques n'est décidément difficile que conditionnellement, et pour le profit de certaines doctrines!

Enfin, et c'était là le point culminant de la thèse de M. Richond, d'une part, le mercure n'était pas un spécifique de la syphilis, et de l'autre, la vérole guérissait parfaitement à l'aide d'un traitement simple.

M. Richond, placé à la tête d'un service de chirurgie militaire, a pu recueillir et citer un grand nombre de faits qui viennent à l'appui de ses deux propositions; c'est la partie vraiment pratique de son livre. Mais en continuant la guerre de statistiques que les chirurgiens anglais avaient déjà si largement exploitée, M. Richond n'a pas fait attention qu'il posait tout d'abord un point de départ faux : ainsi il supposait que le mercure était pour les virulistes un spécifique infaillible. C'était au moins une er-

reur, car à toutes les époques de l'histoire de la syphilis, les bons praticiens ont toujours considéré cet agent comme le meilleur antisyphilitique, mais non pas comme une panacée. Aujourd'hui on sait, et l'on avoue parfaitement, fût-on de la vieille école, que l'on peut *faire disparaître*, avec quoi que ce soit, les symptômes primitifs qui même disparaissent très-bien tout seuls. On le comprend d'autant mieux, quand on a, comme MM. Rose, Guthrie, en Angleterre; Richond des Brus, Desruelles, en France, quand on a, dis-je, affaire à des soldats jeunes, vigoureux, offrant à peu près tous des conditions individuelles identiques. Aussi suis-je disposé à n'attacher que très-peu d'importance aux relevés qui établissent que l'on guérit la syphilis primitive avec un traitement antiphlogistique. Le seul point de toutes ces statistiques qui ait une portée sérieuse, est celui qui tendrait à démontrer que les accidents secondaires seraient plus fréquents après l'administration du mercure, qu'après le traitement simple. Nous savons déjà les résultats recueillis par Hennen, résultats peu en harmonie avec cette prétention. Les relevés qu'a présentés M. Richond étaient bien plus favorables à la théorie du traitement simple; mais ils péchaient par un côté capital, et se trouvaient dès lors sans valeur. En effet, l'auteur calculait, en parlant d'essais comparatifs, sur des récidives observées après un certain temps, un ou deux ans, par exemple. Or, nous savons déjà que cette manière d'opérer est essentiellement faillible, puisque l'intervalle qui s'écoule entre la disparition des symptômes primitifs et la récidive peut varier à l'infini; que dès lors il ne peut pas servir de base à une statistique sérieuse.

Mais, si au lieu de raisonner en procédant du présent à l'avenir, on s'était placé au point de vue des faits accomplis; si on était remonté de la récidive manifestée au symptôme primitif, alors on eût pu faire la part de toutes les durées possibles, et établir l'influence prophylactique de tel ou tel mode de traitement. C'est ce que ne pouvait faire M. Richond, c'est ce qui a été fait depuis avec des résultats bien différents de ceux que l'école antiphlogistique avait présentés (1).

(1) J'ai cité ces résultats dans l'introduction du *Traité des Syphilides*, p. 193.

M. Richond a argumenté aussi sur les faits, tendant à démontrer que les récidives sont plus fréquentes après l'urétrite qu'après l'ulcération vénérienne, et il en concluait naturellement que les symptômes dits secondaires n'appartiennent pas en propre à la syphilis. L'argument va à ceux qui soutiennent la non-identité; pour moi, je n'ai pas à y répondre. Quant au fait de fréquence en plus, je suis complétement de l'avis de M. Richond des Brus.

En résumé, nous retrouvons ici l'irritation pour expliquer les phénomènes primitifs, les sympathies pour rendre compte des symptômes secondaires ou consécutifs : la question restait telle que l'avait posée M. Jourdan; elle n'avait pas fait un pas de plus. M. Richond n'avait fait qu'apporter à la discussion des détails de forme qui pouvaient séduire, mais qui ne devaient pas convaincre : il a plaidé avec beaucoup de verve contre les faiblesses et les erreurs des virulistes; il a su relever avec art tous les écarts dans lesquels ils étaient tombés; il a attaqué violemment le mercure, et mis sur son compte tout ce qui pouvait être gênant dans la symptomatologie syphilitique; mais il n'est jamais entré dans le fond même du procès; mettant trop souvent l'esprit à la place de la logique, l'hypothèse au lieu de l'observation, détruisant sans produire, renversant sans édifier, il a fait une satire contre la *syphilomanie*, mais il n'a pas fait, il ne voulait pas faire un livre sur la syphilis. Il me reste à dire que M. Richond avait sans doute la conscience du peu de solidité de ses théories, quand il se consolait de leur oubli et de leur abandon avec cette phrase de saint Paul : *gloria nostra est testimonium conscientiæ nostræ*. Nous laissons volontiers cette consolation aux partisans du non-virulisme; car s'il nous a été donné de combattre leurs idées, de blâmer quelquefois la forme dont elles étaient revêtues, de nier *leur gloire*, il ne nous est jamais venu en idée de douter de la conviction qui les soutenait.

Il suffit de citer maintenant le Mémoire de M. Desruelles (1), qui crut être original en substituant une *modification locale*

(1) Mémoire sur le traitement sans mercure, employé à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce (1827).

et une *modification organique* à la place de l'infection primitive et de l'infection constitutionnelle, qui placé à la tête d'un service important, put donner un certain relief au traitement simple, dont il fut un des plus zelés sectateurs; puis les articles du docteur Lefèvre, insérés dans les Bulletins de la Société médicale d'observation; la brochure de M. Dubled contre l'inoculation; l'ouvrage clinique de M. Devergie qui, abandonnant depuis les errements de l'école physiologique, a repris rang parmi les identistes, et est devenu un des plus rudes adversaires des théories *modernes*. Quant aux doctrines générales auxquelles se rattachent ces individualités diverses, elles sont jugées depuis longtemps, et ne constituent désormais qu'un incident perdu dans l'histoire générale de la syphilis : expression exagérée des idées réactionnaires de l'école anglaise, elles auront du moins servi à démontrer combien est faux le point de départ d'où elles étaient parties, combien sont fragiles les éléments qui avaient servi à les constituer, éléments qui existent encore, et que nous allons retrouver avec la secte des non-identistes.

REVUE.

RECHERCHES NOUVELLES SUR L'HISTOIRE DE LA SYPHILIS (1).

EXAMEN HISTORIQUE ET CRITIQUE DES NOUVELLES DOCTRINES MÉDICALES SUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS (2).

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR LE TRAITEMENT DES MALADIES SYPHILITIQUES PAR L'IODURE DE POTASSIUM (3).

Sous ces divers titres, M. le docteur Gauthier, médecin de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, a publié, depuis quelques années, une série d'opuscules, qui, sans former un tout méthodique et complet, sont cependant unis par une pensée d'ordre qui ajoute encore à l'intérêt scientifique que présentent ces publications : aussi avons-nous mieux aimé en faire une analyse d'ensemble, que de les examiner séparément.

Le caractère général de ces petits traités est une certaine distinction de pensée et de style qui annonce dans leur auteur un esprit sérieux, un jugement élevé, un sens droit, et qui semble lui promettre une place distinguée en syphilographie. M. Gauthier n'a pas dit encore son dernier mot sur la syphilis, et cependant il est permis de croire dès à présent qu'il ne partage pas nos opinions (1) ; j'ai voulu énoncer ce qui n'est d'ailleurs qu'un doute pour être plus à l'aise en faisant de ses écrits l'éloge qu'ils méritent. Il faut le féliciter tout d'abord de ne pas s'être irrévocablement renfermé dans les limites de l'horizon rétréci des syphilographes du jour, et d'avoir cherché en dehors de leur sphère stérile des idées plus élevées et plus fécondes. Ainsi, dans ses considérations sur l'origine de la syphilis, M. Gauthier n'a pas recherché seulement le mérite scientifique, il a voulu faire servir des études importantes et difficiles à la preuve de l'existence du virus. On sait, en effet, que l'école physiologique avait soutenu l'ancienneté absolue de la syphilis, pour démontrer que cette maladie n'était pas virulente, se fondant sur ce que tous les symptômes vénériens avaient été décrits de temps immémorial, sans qu'il eût été jamais question de virus. M. Gauthier a combattu cette doctrine et entre-

(1) Lyon, 1842.

(2) Discours prononcé devant l'administration de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, dans la séance publique du 1er juin 1842, pour l'ouverture du cours de clinique sur les maladies syphilitiques, Lyon, 1843.

(3) Lyon, 1845.

(1) Dans les 34 observations que M. Gauthier a consignées dans son mémoire sur l'iodure de potassium, il a constamment recherché le chancre comme antécédent primitif des phénomènes observés; ce n'est qu'exceptionnellement qu'il ne le cite pas, ainsi pour deux faits d'engorgement de testicule, mais surtout quand l'accident primitif est ou douteux ou inconnu.

pris de compléter l'œuvre d'Astruc et de Girtaner : mais, malgré tout ce qu'il a mis de zèle et de dévouement à cette entreprise, il n'a pu que répéter ce qui avait déjà été dit tant de fois. Ainsi, il s'est fondé surtout sur le silence des auteurs anciens : Gruner a déjà répondu à cette vieille assertion ; mais cette réfutation a été reprise et continuée de nos jours par M. Rosembaum, syphilographe érudit, qui a essayé de clore définitivement une discussion jusqu'alors irrésolue ; et comme, à nos yeux, cette question a plus d'importance qu'on ne lui en accorde généralement, je prendrai occasion de la thèse soutenue par M. Gauthier, pour annoncer que mon intention est de publier des extraits de l'ouvrage que le savant bibliographe a publié sur cette matière ; ce sera, je crois, la meilleure manière de discuter les arguments de notre honorable confrère.

J'ai dit que M. Gauthier n'avait pu que reprendre et reproduire les arguments déjà tant de fois émis ; cependant, il a insisté le premier sur le silence des poëtes érotiques de la Grèce, silence d'autant plus significatif, selon lui, que ces auteurs signalaient à chaque pas les viçes et les dangers de toutes les courtisanes ; mais s'il est vrai de dire qu'ils n'ont pu parler de la syphilis proprement dite, qu'ils ne connaissaient pas, ils ont, de l'aveu de tout le monde, parlé d'accidents des organes génitaux, résultat d'excès du coït, ou produits par l'inflammation... M. Gauthier, qui connaît si bien l'école physiologique et ses erreurs, ne pense t-il pas que les Grecs ont pu faire par ignorance ce que certains disciples de Broussais ont fait par système, c'est-à-dire mettre la phlegmasie à la place du virus... Toute la différence gît ici dans les mots.

M. Gauthier a été un peu plus embarrassé quand il s'est agi des arabistes : en effet, là les descriptions sont positives, complètes, indiscutables ; aussi notre savant confrère a-t-il reconnu tout ce qu'il y avait d'explicite dans les livres des Salicet, des Gui de Chauliac, etc.; mais, tournant la difficulté, il a essayé de démontrer que les écrivains du moyen âge n'avaient nulle part signalé positivement la contagion, que dès lors il ne s'agissait pas de symptômes syphilitiques. Si l'on objecte qu'il est question à chaque pas de maux gagnés par le commerce avec des femmes infectées, M. Gauthier répond que par les termes *fœda, immunda, virulenta*, etc., les arabistes, entendaient parler de femmes malpropres, ayant leurs règles ou des flueurs blanches. Cela peut être ingénieux, mais n'est guère probable, car il est évident que tous ces grands observateurs connaissaient parfaitement les menstrues et la leucorrhée, et qu'ils auraient tout simplement énoncé ces circonstances, sans imaginer des mots vagues, qui exprimaient un rapport de causalité qu'ils n'appréciaient pas suffisamment. Mais acceptons un instant l'explication de M. Gauthier : si on énumère la longue liste des maux vénériens décrits par les arabistes, et si, supposant ces faits observés de nos jours, on se demande quel rapport de cause à effet il y a entre la malpropreté ou le flux menstruel et ces symptômes presque toujours si graves... ne serait-on pas embarrassé de trouver une explication suffisante?

En résumé, toute l'argumentation de M. Gauthier peut se résumer ainsi : Les anciens n'ont jamais décrit une syphilis virulente ; donc la syphilis n'existait pas avant le quinzième siècle. D'un autre côté, l'école physiologique disait : Les anciens ont décrit tous les symptômes vénériens, sans parler du virus ; donc il n'y a pas de virus... Si l'on admet, ce qui est d'ailleurs d'une grande simplicité, que, n'appréciant pas la valeur de l'incubation, les anciens ne connaissaient pas et ne pouvaient pas signaler le virus syphilitique, on saura comment ils ont pu décrire les symptômes sans décrire la maladie, et l'on aura répondu à M. Gauthier... On comprendra comment ils ont pu parler de virulence sans parler de virus, et l'on répondra à l'école physiologique.

Ajoutons ici que M. Gauthier défend l'origine américaine, mais sans y croire exclusivement, et qu'il soutient avant tout la nouveauté, quelle qu'elle soit ! Je répète que je ne puis ni ne veux discuter ici cette question.

Dans le second de ses opuscules, M. le docteur Gauthier examine les nouvelles doctrines médicales sur le traitement de la syphilis ; et, sur ce terrain encore, il rencontre et combat les théories de l'école physiologique. Son livre est une histoire complète du *traitement simple*. Ici l'analyse ne peut rendre que très-imparfaitement les mérites d'un ouvrage qui embrasse toute la phase réactionnaire, commençant à Bell,

largement développée par Abernettey, et conduisant enfin aux doctrines des Rose, des Fergusson, de ces doctrines qui devaient faire le tour de l'Europe sous la bannière de l'antiphlogistique. M. Gauthier a décrit cette intéressante période de l'histoire de la syphilis avec une rare clarté, et surtout avec un attrait des plus puissants. Il nous montre l'antiphlogistique, arrivant sous Thompson à son apogée anglaise ; puis passant en France, où il s'étend à la suite des doctrines de Broussais; de là en Allemagne, où l'autorité du docteur Fricke le patronne et le propage, où il devient corps de doctrine sous la plume de Handschuch de Munich ; enfin en Suède, en Danemark, en Italie, où les statistiques du docteur Calderoni lui donnent une certaine consistance. C'est la peinture animée, saisissante, en même temps que le résumé succinct et fidèle d'une des plus étonnantes révolutions qu'ait subies la thérapeutique de la syphilis. Après avoir rendu justice au mérite de l'historien, il nous reste à juger le philosophe, et nous ne pouvons mieux faire qu'en citant le passage entier où il résume son travail et en développe la portée définitive.

Tel est l'exposé rapide de l'origine et des progrès des nouvelles doctrines médicales en Angleterre, en France, en Allemagne et dans le nord de l'Europe. Parmi les révolutions qu'a éprouvées l'art de guérir, il en est peu qui méritent de fixer à un si haut degré l'attention de l'observateur, que celle que l'on a voulu introduire dans la thérapeutique de la syphilis, en cherchant à proscrire un remède que depuis plus de trois siècles on regardait presque comme un spécifique, et en l'accusant d'être la cause de la gravité des maux qu'il était destiné à guérir. Pour parvenir à opérer cette révolution, on ne s'est pas étayé seulement sur de vains systèmes, l'on a invoqué l'autorité d'un nombre considérable d'observations faites dans divers pays. Nous allons examiner en peu de mots les raisons que l'on donne pour faire prévaloir les méthodes nouvelles et celles que nous croyons que l'on peut leur opposer.

Les partisans des nouvelles doctrines prétendent que l'on peut guérir sans mercure presque tous les malades atteints de syphilis primitive et constitutionnelle; ils donnent à l'appui de cette assertion un nombre immense de faits recueillis dans divers hôpitaux, et ils ne citent presque que des succès. Et nous aussi nous avons exercé la médecine dans un grand hôpital, et nous avons pu nous convaincre que bien souvent les ulcères vénériens primitifs cédaient au repos, à des soins de propreté, à des lotions émollientes saturnines ou chlorurées, à des cautérisations et à des bains; mais aussi dans bien des cas nous avons observé que ces moyens simples ne suffisaient pas, ou que la guérison se faisait attendre très-longtemps, tandis que des applications mercurielles externes changeaient de suite l'aspect des ulcères, et qu'ils guérissaient promptement quand on administrait le mercure à l'intérieur. Nous avons été plusieurs fois obligé de traiter pendant quelque temps sans mercure des symptômes de syphilis constitutionnelles, parce qu'il existait des contre-indications à l'emploi de ce remède; mais, quoi qu'en aient dit les partisans des nouvelles doctrines, nous n'avons presque jamais obtenu d'amélioration; nous n'avons réussi que quand, avant d'entrer dans notre service, les malades avaient subi plusieurs traitements mercuriels; alors, pensant que la diathèse syphilitique était détruite, nous avons employé les tisanes adoucissantes, la limonade nitrique, les boissons sudorifiques, la tisane de Feltz, les préparations d'iode, et nous avons guéri nos malades. Dans des cas semblables, nous avons eu le même succès en cautérisant les ulcères du gosier, ou en mettant en usage des gargarismes astringents.

Les partisans des nouvelles doctrines s'appuient sur des tableaux statistiques nombreux, desquels il résulte, selon eux, que les malades ont été plus vite guéris par le traitement simple que par le traitement mercuriel. Je ne répéterai pas tout ce qui a été dit pour ou contre les méthodes numériques dont on a fait de nos jours un si grand usage; on sait qu'à l'aide des chiffres, on peut soutenir les méthodes thérapeutiques les plus opposées; je ferai observer cependant que pour que les tableaux statistiques prouvent les avantages de la méthode nouvelle d'une manière aussi décisive que leurs auteurs paraissent le penser, il faudrait que les malades soumis à des essais comparatifs eussent été tous dans les mêmes conditions, atteints des mêmes symptômes et au même degré, ce qui n'est guère possible. Dans plusieurs hôpitaux, on a traité par le mercure tous les symptômes graves, et les symptômes légers par la méthode simple. Ainsi, dans l'hôpital militaire de Besançon, en 1831 et 1832, on avoue qu'on n'a soumis au traitement mercuriel que les affections anciennes, rebelles ou récidivées (1). Dans un cas semblable, il n'est pas étonnant que l'on ait guéri plus vite par la méthode simple. Dans le tableau statistique publié en Angleterre par les docteurs M. Grégor et W. Fran-

(1) *Recueil de mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires*, tom. XXXV.

klin, on avoue aussi que les ulcères traités par le mercure offraient plus de gravité que ceux qui furent traités sans ce remède. En outre, il paraît que, dans plusieurs hôpitaux, des malades qui étaient soumis au traitement simple, voyant qu'ils ne guérissaient pas, sont parvenus à se procurer du mercure : Coutanceau a affirmé (1) qu'un témoin oculaire lui avait rapporté que cela avait eu lieu très-fréquemment à l'hôpital militaire de Strasbourg : je ne sais jusqu'à quel point cette assertion est vraie; cependant elle ne paraît pas dénuée de tout fondement, puisque M. Desruelles avoue lui-même, dans l'introduction de son premier Mémoire (page 25), que plusieurs de ses malades sont parvenus, au Val-de-Grâce, à se procurer des préparations mercurielles à son insu. Enfin, si les auteurs de plusieurs tableaux statistiques assurent que les vénériens traités sans mercure guérissaient plus vite que ceux qui prenaient ce remède, nous avons vu aussi que plusieurs médecins des hôpitaux de France et d'Angleterre affirment avoir échoué avec la méthode simple, ou avoir vu la guérison se faire si longtemps attendre que les salles s'encombraient de malades.

On a prétendu que les récidives et les symptômes consécutifs ont été moins fréquemment observés après l'emploi du traitement antiphlogistique qu'après l'usage du mercure, et l'on s'est appuyé sur des tableaux statistiques nombreux faits dans les hôpitaux de France, d'Allemagne et de Suède. Ces tableaux statistiques donnent certainement de très-beaux résultats en faveur des nouvelles méthodes; mais nous pensons qu'il est absolument impossible d'obtenir des tableaux statistiques exacts des récidives ou des symptômes consécutifs qui surviennent après l'emploi des divers traitements. En effet, quand les malades ont été traités dans les hôpitaux civils, on les perd de vue et l'on ne sait pas ce qu'ils deviennent; s'ils éprouvent des rechutes, ils se gardent bien de s'adresser au médecin qui les a traités le premier; ils l'accusent de ne les avoir pas guéris, et ils vont consulter d'autres hommes de l'art ou des empiriques. Les chirurgiens militaires prétendent qu'ils ont pu suivre leurs malades pendant quelque temps après leur sortie de l'hôpital; mais en général ce temps a été fort court, et l'on sait que les accidents secondaires surviennent souvent plusieurs années après une guérison apparente. M. le professeur Moreau a même affirmé à l'Académie royale de médecine (séance du 15 février 1842), avoir vu des hommes guéris sans mercure de symptômes syphilitiques primitifs, engendrer des enfants qui sont venus au monde avec des symptômes de vérole. En outre, bien souvent les militaires, quand ils éprouvent des accidents consécutifs, évitent de rentrer à l'hôpital, où on les soumet à un régime sévère et où on ne les a pas guéris radicalement, et se font traiter par d'autres médecins.

Les tableaux statistiques publiés dans les divers pays présentent les plus grandes différences dans leurs résultats. Les médecins anglais avouent presque tous qu'après le traitement mercuriel les symptômes consécutifs ont été moins fréquemment observés qu'après le traitement sans mercure; les médecins de France, d'Allemagne et de Suède, soutiennent le contraire. En Angleterre, nous voyons le docteur Rose avoir des accidents consécutifs une fois sur trois, le docteur Hennen une fois sur cinq, le docteur Hill une fois sur dix, le professeur Thompson une fois sur douze. D'après le rapport des docteurs M. Gregor et W. Franklin, que nous avons cité plus haut, ils ont eu lieu une fois sur dix-neuf après le traitement, et seulement une fois sur quarante-cinq après le traitement mercuriel. M. Desruelles dit avoir eu des récidives bien moins fréquentes. Selon les médecins de Suède, elles n'ont été que de sept et demi pour cent, tandis qu'elles ont été de quatorze pour cent après l'emploi du mercure. A quoi tiennent ces différences? Est-ce aux méthodes de traitement qui ont été mises en usage? Mais elles ont été presque partout les mêmes. MM. Desruelles et Devergie ont dit que les médecins anglais avaient eu moins de succès, parce que, concurremment avec les antiphlogistiques, ils avaient employé des purgatifs et des stimulants. Mais les docteurs Frike, de Hambourg, et Kluge, de Berlin, ont mis en usage les purgatifs d'une manière bien plus générale encore que les Anglais, et cependant ils affirment avoir eu très-peu de récidives. Nous pensons que les grandes différences qu'on remarque dans les résultats obtenus par les médecins des diverses contrées, viennent bien plutôt de ce que les uns ont pu observer leurs malades pendant plus longtemps que les autres après leur guérison. En outre, ces différences peuvent aussi tenir à la moins grande intensité que les symptômes syphilitiques peuvent présenter dans certains pays que dans d'autres. Il paraît que, par des causes qu'il est difficile d'apprécier, les symptômes de la syphilis offrent depuis quelques années une très-grande bénignité dans le nord de l'Europe; voilà sans doute pourquoi ils cèdent plus facilement au traitement simple. Il est possible qu'ils reprennent plus tard une plus grande gravité, et alors on verra que les mêmes méthodes ne réussiront plus. C'est ainsi qu'en 1832 on n'obtint pas, dans l'hôpital

(1) Dans l'analyse qu'il a donnée du *Mémoire sur le traitement sans mercure* de M. Desruelles. (*Revue médicale*, 1828, tom. III, p. 436.)

de Berlin, les mêmes succès du traitement antiphlogistique qu'en 1830, et l'on était obligé d'avoir recours au mercure. Nous avons visité les hôpitaux de Paris, et nous avons cru remarquer que les accidents vénériens y avaient moins d'intensité qu'à Lyon. M. Lucas-Championnière (1) affirme que, dans le service de M. Cullerier, il n'a guère vu qu'une femme sur cinquante être atteinte de bubons. Dans nos salles, nous avons vu, en 1839, une femme sur onze présenter des bubons, et, en 1840, une sur quatorze (2). M. Gibert assure que chez les femmes le repos, les sangsues et les applications émollientes préviennent presque toujours la suppuration des bubons; dans notre service, la suppuration a été la terminaison la plus fréquente.

Nous sommes persuadé que les médecins qui ont publié des tableaux statistiques des récidives observées dans les divers pays, après le traitement sans mercure, auraient obtenu des résultats bien différents s'ils avaient pu suivre leurs malades pendant quelques années après leur sortie de l'hôpital, et de nombreux témoignages viennent à l'appui de notre opinion. Nous avons dit précédemment que le docteur Schmidt, médecin allemand, avait vu à Valenciennes, en 1817, cinquante soldats de l'armée anglaise atteints de symptômes consécutifs après une apparente guérison obtenue par la méthode simple. M. Lepelletier a affirmé avoir observé, dans l'hôpital du Mans, près de quatre-vingts vénériens atteints de symptômes consécutifs, après avoir été traités sans mercure à l'hôpital militaire de Rennes, par M. Desruelles aîné. Je sais que M. Desruelles a répondu aux assertions de M. Lepelletier, et je ne prétends pas m'établir pour juge entre ces deux médecins; mais il existe bien d'autres témoignages conformes à celui de M. Lepelletier. M. Gimelle a dit à l'Académie royale de médecine (dans la séance du 29 décembre 1834), que quand il était chirurgien aide-major du Gros-Caillou, il avait employé la méthode antiphlogistique; il avait vu sous son influence les symptômes primitifs disparaître facilement, mais dès que les malades avaient fait quelques excès, ils rentraient à l'hôpital avec de nouveaux symptômes; depuis lors ce médecin a employé le mercure à petite dose, en friction ou à l'intérieur. M. le professeur Moreau a aussi assuré, dans la même séance de l'Académie royale de médecine, n'avoir jamais vu autant de syphilis consécutives et même héréditaires que depuis que la méthode antiphlogistique a été tentée sur une si large échelle. Coutanceau, médecin du Val-de-Grâce, affirmait, en 1828, avoir constaté de nombreuses récidives après le traitement sans mercure (1). M. Sorbé, chirurgien militaire, assure avoir vu à Paris dans un seul bataillon de son régiment beaucoup d'affections secondaires chez des hommes qui avaient été soumis à la méthode du Val-de-Grâce. M. le docteur Léonard fils, chirurgien aide-major de l'hôpital de Lille, dit avoir observé dans cette ville un grand nombre de soldats, appartenant à un seul régiment qui venait de tenir garnison à Paris, où ils avaient été traités par la méthode simple, être atteints de récidives et de symptômes consécutifs (2). Enfin M. le baron Larrey, que ses fonctions mettent bien à même de savoir ce que deviennent les soldats après leur sortie des hôpitaux, affirme que ses observations et celles d'un grand nombre de chirurgiens militaires, faites pendant plusieurs années, prouvent d'une manière irréfragable la fréquence des récidives après le traitement antiphlogistique (3).

Dans plusieurs des tableaux statistiques qui ont été publiés en France et dans les pays étrangers, parmi les malades traités sans mercure plus de moitié n'étaient atteints que de blennorrhagie ou de végétations. Il n'est pas étonnant qu'après ces affections il aient présenté rarement des symptômes consécutifs. Au contraire, tous ceux qu'on a traités par le mercure avaient des ulcères ou la syphilis constitutionnelle. Nous lisons dans un rapport sur les maladies observées dans l'hôpital de Vienne, en Autriche, en 1840 (4), que sur 100 femmes vénériennes 50 offraient des condylomes, 21 des écoulements vaginaux, et 15 seulement des ulcères primitifs; est-il étonnant que ces malades traitées sans mercure aient présenté rarement des accidents consécutifs? Dans nos salles plus du tiers des femmes vénériennes sont atteintes d'ulcères primitifs. On voit encore là une preuve remarquable de la différence qu'offrent les symptômes syphilitiques dans les divers pays.

En France, en Angleterre et dans plusieurs autres contrées de l'Europe, c'est dans les hôpitaux militaires que l'on a surtout mis en usage le traitement sans mercure. Or, de tous les malades, les soldats sont ceux qui sont le moins exposés à avoir des symptômes consécutifs; en effet, dès qu'ils sont atteints d'ac-

(1) *Recherches pratiques sur la thérapeutique de la syphilis*, p. 202 et 283.

(2) On peut se convaincre par la lecture de l'ouvrage de Horne, intitulé : *Observations sur les différentes méthodes d'administrer le mercure dans les maladies vénériennes*, qui a paru en 1719, qu'à cette époque les bubons étaient aussi fréquents chez les femmes, dans les maisons de santé de Paris, qu'ils le sont aujourd'hui dans nos salles.

(1) *Revue médicale*, 1828, tom. III, p. 410.

(2) *Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, t. XXXV.

(3) Larrey, *clinique chirurgicale*, t. IV, p. 191.

(4) Behrend, *Syphilidologie*, t. III, p. 587.

cidents syphilitiques, ils sont reçus à l'hôpital; quand les symptômes primitifs sont traités de suite, il est certain qu'il survient bien plus rarement des accidents secondaires. En outre, M. Ricord a observé avec beaucoup de raison, dans ses notes sur Hunter, que, pour que les symptômes consécutifs se manifestent, il faut quelque chose de plus que la diathèse syphilitique, il faut encore que l'intégrité des fonctions soit accidentellement rompue. Or, c'est ce que l'on n'observe guère chez les militaires, qui sont tous jeunes, vigoureux, et qui n'éprouvent point de privations ni de causes débilitantes. Enfin, les soldats, à cause de la grande facilité qu'ils ont à être reçus dans les hôpitaux, y entrent souvent pour des affections des parties génitales qui ne sont pas réellement syphilitiques et qui sont la suite de la malpropreté ou des excès du coït. Nous voyons souvent aussi entrer dans nos salles des femmes publiques, envoyées par la police, qui sont atteintes d'excoriations ou même d'ulcérations, qui reconnaissent les mêmes causes, et qui se guérissent sans remède par des soins de propreté ou par quelques jours de repos.

Pour prouver que le mercure est inutile, on a allégué la fréquence des symptômes consécutifs qu'on observe après son emploi. Mais les médecins des hôpitaux qui ont prescrit des préparations mercurielles à leurs malades sont-ils bien sûrs qu'ils les aient prises? N'a-t-on pas souvent fait prendre des pilules desséchées qui ne pouvaient avoir aucune action? N'a-t-on pas ordinairement donné trop peu de mercure? M. Desruelles dit que la moyenne des doses de liqueur de Van Swieten prises par ses malades était de 9 doses d'un quart de grain chacune; cette quantité du remède est-elle suffisante? Dans plusieurs hôpitaux d'Angleterre et d'Allemagne, la préparation hydrargyrique dont on a fait le plus d'usage est le calomel, dont la vertu antisyphilitique est peu efficace. D'après cela, doit-on être surpris d'avoir observé fréquemment des accidents secondaires? Enfin, dans les hôpitaux on a toujours cessé l'usage des préparations mercurielles dès que les symptômes primitifs ont disparu. Or, quoique quelques praticiens de mérite soutiennent aujourd'hui le contraire, l'expérience de presque tous les médecins a prouvé depuis longtemps qu'il fallait, dans les symptômes primitifs comme dans les consécutifs, continuer pendant quelque temps l'usage des remèdes si l'on ne voulait pas observer de récidives. Ne voit-on pas également des rechutes dans les fièvres intermittentes quand on cesse le quinquina de suite après la guérison?

On a dit que quand il survenait des symptômes consécutifs, après l'emploi du mercure, ils étaient beaucoup plus graves que quand on ne l'avait pas mis en usage; cela peut avoir eu lieu quelquefois, mais nous pouvons cependant attester avoir observé le plus souvent, dans cet hospice et dans notre pratique civile, les accidents secondaires et tertiaires les plus graves chez des malades qui n'avaient jamais pris un atome de mercure. On a également accusé ce métal de produire des affections des os; le plus grand nombre des malades que nous avons observés avec des douleurs ostéocopes, des exostoses ou des caries, n'avaient jamais employé les préparations hydrargyriques.

Depuis un certain nombre d'années on a décrit, principalement en Angleterre et en Allemagne, sous le nom de *maladie mercurielle*, un très-grand nombre d'affections morbides que l'on a crues produites par le mercure. Nous pensons que l'on a beaucoup exagéré les accidents occasionnés par ce remède. Sans doute il peut faire naître des symptômes graves quand on l'emploie sans ménagement jusqu'à produire une forte salivation. Nous avons quelquefois reçu dans nos salles des malades dont l'état avait été exaspéré par son usage, mais ces cas ont été rares. Une femme entra dans notre service, en 1839, offrant l'aspect le plus hideux que puisse occasionner la syphilis; une ulcération accompagnée de carie avait détruit le nez en entier, ainsi qu'une partie des lèvres supérieure et inférieure et envahissait les joues; cette femme avait une fièvre hectique, un grand amaigrissement et elle éprouvait des douleurs affreuses; elle m'avoua qu'elle avait subi un traitement mercuriel, que croyant se guérir plus vite, elle avait pris, pendant plusieurs jours, sans l'avis de son médecin, une fiole pleine de liqueur de Van Swieten, et qu'à la suite elle avait été saisie de tremblement des membres, et que son état s'était beaucoup exaspéré : nous employâmes en vain, pendant plusieurs mois, les calmants, les émollients, la limonade nitrique et la salsepareille. Enfin, nous eûmes recours au sirop de Cuisinier avec addition de cyanure de mercure, et comme il détermina un commencement de salivation, nous y substituâmes le sublimé. Au bout d'un mois et demi les ulcères étaient en grande partie cicatrisés; mais comme l'état de la malade restait ensuite pendant longtemps stationnaire, nous lui donnâmes le proto-iodure de fer, qui acheva la guérison. Nous avons su depuis que cette cure s'était maintenue. On voit donc ici le mercure, sagement administré, guérir une maladie qu'il avait exaspérée, quand il avait été employé à trop haute dose. Nous avons donné des soins à un malade qui, après avoir pris pendant un mois de la liqueur de Van Swieten, pour des douleurs ostéocopes et une syphilide très-intense, éprouva une salivation qui dura près d'un an, parce qu'il s'était livré

à des écarts de régime ; ce malade ayant ensuite éprouvé un retour de ses douleurs ostéocopes avec des ulcérations affreuses, qui détruisaient le tissu des lèvres, fut guéri par la même liqueur de Van Swieten à laquelle il joignit, cette seconde fois, la réclusion et une diète lactée.

Quelques médecins allemands, partisans des nouvelles doctrines, regardent cependant le mercure comme un excellent remède. M. Bonorden avoue que c'est presque un spécifique. M. Diéterich dit que c'est le plus puissant antisyphilitique. Cependant ces praticiens l'emploient très-peu : c'est, disent-ils, à cause des effets funestes qu'il produit. Ces effets ne sont pas étonnants, quand on voit les méthodes que ces médecins préconisent le plus. Ils pensent que pour que les préparations mercurielles se montrent efficaces, il faut qu'elles soient administrées d'une manière énergique, de manière à provoquer un mouvement fébrile et à augmenter les sécrétions salivaires et autres; ils sont d'avis que les guérisons, où ces effets n'ont pas lieu, sont peu sûres. Ainsi la méthode que plusieurs médecins allemands regardent comme la plus efficace, est celle de Louvrier et Rust, appelée *Cura famis*, qui a été diversement modifiée et qui consiste à ne donner d'aliments que ce qu'il en faut pour soutenir la vie, et à faire en même temps de fortes frictions mercurielles, de manière à exciter des sécrétions abondantes. On emploie encore beaucoup en Allemagne la méthode de Dzondi, par laquelle on donne le sublimé à dose ascendante; nous ne prétendons pas blâmer cette méthode, mais quelques médecins l'ont exagérée de manière à donner ainsi jusqu'à 15 à 20 centigr. de sublimé par jour. Enfin, plusieurs praticiens allemands vantent aussi la méthode de Weinhold qui consiste à donner 12 décigram. de calomel par jour, en laissant un intervalle de quelques jours entre chaque dose. Tous ces traitements sont bien actifs et nous concevons qu'on leur préfère la diète, le repos et les sels purgatifs. Pour nous, nous n'avons jamais observé d'effets funestes des préparations mercurielles que nous avons mises en usage; nous ne pensons pas qu'elles irritent plus les voies gastriques que les sels purgatifs que l'on prescrit en Allemagne. Un fait, qui s'est présenté à notre observation l'année dernière, nous a fait voir combien peu l'on pouvait se fier aux cures obtenues à l'aide de la diète, du séjour au lit et des évacuations. Une femme entra dans nos salles présentant de nombreux tubercules plats à la vulve et offrant les premiers symptômes d'une variole confluente; la variole fut très-intense, et obligea la malade de rester cinq semaines au lit, pendant lesquelles elle usa de boissons abondantes et ne prit aucun aliment; nous l'examinâmes ensuite et nous vîmes que les tubercules plats avaient entièrement disparu; mais un mois après, il se manifesta une iritis, qui menaça de faire perdre un œil à cette femme, et qui ne céda qu'à de fortes doses de calomel.

Les nouvelles méthodes sont d'une exécution très-difficile dans les hôpitaux et presque impossible dans la pratique civile. Trouvera-t-on facilement des malades qui veuillent rester au lit pendant tout le temps de leur traitement, et qui consentent à se soumettre à la diète rigoureuse qu'on leur impose? peut-être pourra-t-on quelquefois l'obtenir avec la sévérité des lois militaires; et même si l'on s'en rapporte à quelques témoignages, entre autres à celui de M. Léonard fils, chirurgien aide-major de l'hôpital militaire de Lille (1), les soldats, quand on les prive ainsi d'aliments, savent bien s'en procurer, malgré tous les obstacles, et quelquefois ils en abusent. Enfin, nous ne pensons pas qu'on puisse soumettre sans danger les malades qui ont faim à une diète aussi sévère. Il existe encore un obstacle à l'emploi des nouvelles méthodes, c'est que l'on assure que ceux qui ont été ainsi traités, éprouvent avec la plus grande facilité des récidives, s'ils commettent les moindres excès après leur guérison.

Si plusieurs médecins ont donné des tableaux statistiques des nombreuses guérisons qu'ils ont obtenues à l'aide du traitement sans mercure, d'autres aussi affirment n'avoir pas eu les mêmes résultats. C'est ainsi que toutes les nouvelles doctrines ont vanté leur succès et que tous les remèdes nouveaux ont eu des prôneurs. N'avons-nous pas vu les partisans des systèmes si opposés de Brown et de Broussais se vanter d'avoir fait seuls une médecine rationnelle et accuser leurs prédécesseurs d'avoir exercé une médecine meurtrière? Nous croyons que les succès du traitement non mercuriel ont été beaucoup exagérés; d'ailleurs, si les résultats ont été si avantageux, comment plusieurs des médecins qui les ont obtenus emploient-ils aujourd'hui le mercure? Comment se fait-il qu'en Angleterre, où les nouvelles méthodes ont pris naissance, on y ait presque renoncé aujourd'hui? N'est-ce pas parce que l'on a observé avec le temps que les malades que l'on croyait guéris étaient ensuite atteints de symptômes consécutifs? Il est vrai qu'en Allemagne et dans le nord de l'Europe les nouvelles méthodes jouissent encore d'une grande faveur; mais attendons : en France elles ne conservent que peu de partisans et elles n'y ont guère survécu à la doctrine de Broussais qui les avait fait naître; l'Angleterre, où elles ont pris naissance, en 1816, les a déjà presque abandonnées; en

(1) *Recueil de mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires*, t. XXXV, p. 245.

Allemagne elles n'ont été employées sur une grande échelle que depuis 1825, époque à laquelle M. Fricke, de Hambourg, fit ses premiers essais ; nous verrons si dans quelques années les médecins de l'Allemagne et du nord ne modifieront pas leurs opinions et s'ils ne suivront pas l'exemple des Anglais.

Cependant, quand le temps et l'expérience, qui ont déjà renversé tant de systèmes en médecine, auront aussi fait justice des exagérations des nouvelles doctrines sur le traitement sans mercure, nous pensons que leur influence n'aura pas été sans utilité pour la science. En effet, avant les nouvelles doctrines on faisait bien souvent abus des préparations mercurielles; on les employait dans tous les accidents primitifs de la syphilis, et l'on n'avait pas toujours soin de s'en abstenir quand il existait des symptômes trop inflammatoires; par cette méthode inconsidérée, on exaspérait bien souvent le mal. Aujourd'hui on s'abstient généralement du mercure quand il y a trop d'irritation; on commence par la calmer avant de le mettre en usage.

Avant les nouvelles doctrines, on croyait trop généralement que les maladies vénériennes ne guérissaient jamais sans mercure, ou que si les symptômes primitifs disparaissaient quelquefois, ils étaient toujours suivis de syphilis constitutionnelle, quand on n'avait pas employé de traitement spécifique. Aujourd'hui les nouvelles doctrines ont démontré que les symptômes primitifs guérissaient souvent très-facilement sans mercure, et qu'après les guérisons ainsi obtenues il ne survenait pas constamment des accidents consécutifs. C'est certainement un grand progrès pour la science que d'avoir pu démontrer cette vérité. En effet, combien n'y a-t-il pas de cas où il est difficile ou même nuisible d'employer le mercure, soit à l'intérieur, soit en frictions? Ainsi donc, si un malade, atteint de symptômes primitifs, présente quelque contradiction à l'emploi du mercure, on osera mieux se dispenser de le mettre en usage. Si l'on a affaire à des malades qui, dès qu'ils sont guéris d'une affection syphilitique, s'exposent de suite à en contracter une nouvelle, on n'aura pas recours, dans tous les cas, à un traitement mercuriel complet. C'est ainsi que dans nos salles, où nous recevons souvent des femmes qui y entrent six ou huit fois dans la même année, nous nous bornons souvent, dans les ulcères primitifs, à des lotions avec du chlorure de soude, du vin aromatique, de l'eau blanche, à des cautérisations, à des pansements avec le cérat mercuriel et à des bains de siége, dans lesquels nous faisons dissoudre 10 à 15 centigrammes de sublimé par pinte de l'eau du bain. Torbeilhe et Delpech avaient déjà conseillé de faire absorber les préparations mercurielles par les surfaces qui avaient récemment admis le principe contagieux. Je ne prétends ni approuver ni désapprouver les théories de ces deux médecins; mais j'ai observé que par cette méthode, que je crois plus efficace chez les femmes que chez les hommes, à cause de l'étendue plus grande des surfaces absorbantes, les ulcères primitifs guérissent souvent assez vite et qu'il ne survient pas fréquemment des symptômes consécutifs. Quand, par ce traitement externe, la guérison se fait trop longtemps attendre, nous avons recours aux préparations mercurielles à l'intérieur. Mais, si nous sommes consultés par des hommes ou des femmes mariés, ou par des personnes qui ne s'exposent pas sans cesse à une nouvelle infection : si ces personnes sont atteintes d'ulcères primitifs vraiment syphilitiques (et nous avouons que le diagnostic de ces ulcères n'est pas toujours facile), nous n'hésitons pas à conseiller un traitement mercuriel à l'intérieur, et nous avons soin de le continuer quelque temps après la disparition des symptômes, parce que nous croyons par là être beaucoup moins exposé à voir survenir des accidents consécutifs. Sans attacher autant d'importance que M. Ricord à l'induration des chancres, nous pensons cependant qu'elle mérite une grande attention, quand on veut avoir recours au spécifique : nous avons observé des accidents consécutifs après des chancres très-simples et sans aucune induration ; cependant nous en avons observé plus fréquemment à la suite d'ulcères qui, après leur guérison, laissaient une induration. La préparation hydrargyrique que nous employons le plus fréquemment est le proto-iodure de mercure. Nous avons aussi souvent recours à la liqueur de Van Swieten, au sirop de Cuisinier, avec addition de sublimé, au cyanure de mercure et au sirop de deuto-iodure de mercure ioduré.

(La suite au prochain numéro.)

TRAITEMENT TOPIQUE DE L'ALOPÉCIE,

Par le doct. Wilson, de Londres.

Après avoir fait laver la tête pendant quelque temps avec de l'eau de savon, et ensuite brosser avec une brosse dure, le docteur Wilson fait faire une friction de cinq minutes avec la mixture suivante :

℞ Eau de cologne	60 gram.
Alcoolé de cantharides	8 gram.
Huile volatile de romarin	10 gouttes.
Huile volatile d'amandes	18 gouttes.

Ce praticien recommande bien d'exciter la tête avec la brosse dure, au point de faire rougir le cuir chevelu.

Paris. — Typ. Lacrampe et Comp., rue Damiette, 2

2e ANNÉE. — 2e VOLUME. — No 9. — AVRIL 1845.

ANNALES

DES

MALADIES DE LA PEAU

ET

DE LA SYPHILIS,

PUBLIÉES

Par ALPH. CAZENAVE,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Médecine, etc.

Periculosum est credere et non credere.

SYPHILIS.

QUELQUES OBSERVATIONS

DE

MALADIES VÉNÉRIENNES

SUIVIES DE RÉFLEXIONS

Par M. DIDAY, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille à Lyon.

Les dissidences qui partagent aujourd'hui les spécialistes les plus distingués sur la nature des bubons dits *d'emblée* s'expliquent assurément par l'importance de cette question, qui, résolue en tel ou tel sens, peut à elle seule faire crouler toute une théorie ou en devenir au contraire le plus solide appui. Mais, indépendamment de ces complications extra-scientifiques, le problème est hérissé de tant de difficultés matérielles, que lorsqu'on s'est trouvé au lit du malade, en présence de quelques-unes d'entre elles, on ne s'étonne plus des divergences de l'opinion sur un fait en apparence aussi facile à constater que celui-ci semble l'être. Le cas suivant offre un exemple de ces obscurités; il m'a paru digne d'être cité comme capable d'instruire le praticien de l'une des causes nombreuses qui pourraient, s'il n'était pas prévenu, le conduire à des illusions en semblable matière.

OBSERVATION 1. — *Bubon d'emblée. — Suppuration. — Inoculation artificielle sans résultat. — Inoculation spontanée avec résultat positif en apparence.*

Charles Ver..., jeune homme de 19 ans, entra à l'Antiquaille le 21 décembre 1844. Lymphatique à l'excès, portant même sur sa physionomie les attributs de la diathèse scrofuleuse, il a eu dans son enfance des engorgements ganglionnaires cervicaux non suppurés. Du reste, il nie avoir jamais eu aucune affection vénérienne. Le dernier coït remonte à six semaines environ avant le jour de son admission à l'hôpital.

Une semaine auparavant, deux engorgements avaient paru aux aines. Traités par la simple application d'un emplâtre de *vigo*, ils marchaient évidemment vers la suppuration, lorsque j'examinai le malade pour la première fois. Rouges, adhérents aux couches profondes, médiocrement douloureux, la fluctuation commençait déjà à s'y faire sentir profondément. Malgré les recherches les plus minutieuses, je ne pus découvrir, à la verge et aux environs, ni chancres, ni cicatrices, ni écoulement blennorrhagique. Anus également sain. Indépendamment des bubons, le malade accuse dans les deux jambes des douleurs qui, sur-

tout la nuit, s'exaspèrent au point de le priver de sommeil et de lui arracher des plaintes à haute voix. Elles ne sont pas bornées au tibia, quoique ce soit là leur siége principal, mais occupent aussi toute la totalité du membre qui, du reste, n'offre en aucun point ni tuméfaction, ni éruption, ni lésion apparente d'aucune espèce. Langue rouge à la pointe et vers les bords; douleur assez vive à l'épigastre; nausées et vomissements après l'ingestion des aliments; pouls serré, fréquent; pâleur générale, prostration. Prescription : potion calmante avec 20 grammes de sirop diacode; cataplasmes laudanisés sur les bubons; potages.

Les jours suivants, les symptômes généraux s'amendent un peu; mais, malgré l'addition au traitement de deux bains et de quelques quarts de lavement avec le laudanum, les douleurs tibiales conservent toute leur intensité.

Le 26 décembre, j'ouvre, avec le bistouri, le bubon droit, d'où sort une quantité considérable de pus lié. Frictions sur les jambes avec l'huile de morphine. Les douleurs tibiales persistent ainsi que les vomissements. Ce même jour, le pus du bubon est inoculé aux deux cuisses.

Le 28 décembre, les vomissements ont diminué, sans que les douleurs tibiales aient rien perdu de leur violence. L'incision faite au bubon s'est un peu agrandie; les bords, légèrement renversés en dehors, offrent l'aspect d'une ulcération plutôt que d'une incision; le fond a une couleur livide violacée. Ces caractères présentent quelque similitude avec ceux du chancre; je me décide, pour prévenir toute chance d'erreur, à inoculer de nouveau le pus par une piqûre faite à chaque cuisse au dessous des premières.

Le 31 décembre. Ni les premières inoculations, ni les dernières n'ont rien produit. Toutes se sont cicatrisées comme des piqûres simples. La plaie du bubon droit conserve le même aspect, sans progrès vers la guérison, non plus que vers l'extension du travail ulcératif. J'incise le bubon gauche, où la fluctuation était devenue très-évidente. Les douleurs tibiales sont toujours les mêmes. La sensibilité épigastrique s'étant exaspérée, on applique 15 sangsues dans cette région.

Le 2 janvier. Rien de nouveau du côté des inoculations. En examinant les piqûres des sangsues, je remarque que quelques-unes sont occupées par une petite pustule pleine d'un liquide lactescent, entourées d'une aréole d'un rouge vif. Cet état, qui présente beaucoup d'analogie avec la pustule d'inoculation du chancre, me fait craindre un instant qu'il ne s'agisse là d'une inoculation du pus du bubon faite par le malade lui-même, en portant les doigts de l'aine à l'épigastre. Pour lever ce doute, je laisse marcher ces pustules, les abandonnant entièrement à elles-mêmes. — Les douleurs tibiales sévissant toujours malgré les moyens employés (outre le valérianate de zinc à l'intérieur, resté comme les autres agents complétement impuissant), j'ordonne 1 gramme d'iodure de potassium à prendre en deux fois, dissous dans l'eau distillée.

Le 3 janvier. La nuit a été tranquille; les douleurs tibiales se sont à peine fait sentir.

A dater de ce jour, l'état général s'améliora rapidement. La plaie du bubon gauche suivit les mêmes phases que celle du côté droit. L'iodure de potassium fut porté à 2 grammes; sous l'influence de ce remède, les douleurs des jambes demeurèrent domptées, et, en très-peu de jours, disparurent tout à fait. Les plaies des bubons, pansées avec le vin aromatique, perdirent l'aspect qui avait pu faire soupçonner le caractère chancreux. Quant aux pustules des piqûres de sangsues, qui ne furent pas non plus cautérisées, elles gardèrent quelques jours le même aspect enflammé; l'aréole circonvoisine s'étendit même un peu. Mais, dès le cinquième jour de leur apparition, un groupe de vésicules d'herpès qui se montra en dehors de la commissure labiale gauche, me rassura sur la nature de l'éruption épigastrique. Une autre agglomération de vésicules semblables se manifesta en même temps à la partie externe de la cuisse droite. Toutes ces éruptions, tant celle de l'épigastre que de la cuisse et de la face, s'effacèrent en un espace de temps égal pour chacune d'elles, c'est-à-dire en huit jours environ, et cette durée commune, cette terminaison spontanée acheva d'éclairer sur la bénignité de leur nature. Un purgatif salin fut ordonné.

Les plaies des bubons étant cicatrisées, et la santé générale excellente, le malade sortit le 20 janvier, promettant de continuer encore quelque temps l'usage interne de l'iodure de potassium.

Le bubon observé chez ce malade rentre dans la catégorie de ceux que la théorie professée par M. Ricord explique le plus aisément, Quelques circonstances néanmoins auraient pu faire supposer qu'il était virulent. Ainsi l'aspect de la plaie d'ouverture du bubon en eût sans doute imposé à un médecin non prévenu, ou, ce qui est pis, prévenu en faveur de tel système théorique. Pour moi, au contraire, cette couleur violacée du fond de l'ulcère, attribut ordinaire des ulcérations scrofuleuses, fut une raison de penser qu'il ne s'agissait là que d'un engorgement développé sous l'influence de cette diathèse, dont le sujet offrait d'ailleurs d'autres signes.

Le résultat négatif des quatre inoculations, faites à deux périodes différentes,

trancha du reste nettement la question. Quant à l'état passager que présentèrent les piqûres de sangsues, c'est une particularité bonne à noter pour prévenir les méprises qu'elle pourrait engendrer. Mais la résolution rapide de ces vésicules et la coïncidence de deux éruptions semblables sur d'autres points du corps, ne laissent aucun doute sur la non spécificité de leur cause.

Une question plus embarrassante se présente ici. Ces douleurs tibiales si opiniâtres, si régulièrement exaspérées pendant la nuit, étaient-elles des douleurs ostéocopes syphilitiques? Ce qui porterait surtout à répondre par l'affirmative, c'est leur guérison rapide, presque instantanée par l'iodure de potassium après l'insuccès patent de plusieurs médications rationnelles en apparence. Est-ce ici le cas de dire: *naturam morborum ostendunt curationes?* Doit-on, en un mot, croire que l'iodure de potassium a calmé les douleurs, parce que celles-ci étaient de nature syphilitique? Ou faut-il au contraire admettre que cet agent a la propriété de guérir en un ou deux jours des douleurs névralgiques, rhumatismales ou autres, non syphilitiques? Sans me prononcer d'une manière positive entre ces deux hypothèses, je ferai seulement remarquer que les symptômes constitutionnels contre lesquels la vertu antisyphilitique de l'iodure de potassium est principalement constatée, sont les accidents dits *tertiaires*. Or, pour ceux qui supposeraient chez ce malade une infection syphilitique, contractée dans le dernier coït, assurément les douleurs tibiales, survenues moins de six semaines après ce moment, ne sauraient à ce point de vue être considérées que comme accidents *secondaires*, ceux dont on sait que les préparations iodées ne triomphent pas ordinairement avec cette rapidité. — Je me rappelle, à ce propos, une observation qui, semblable en certains points à la précédente, pourra jeter quelque jour sur la question qui nous occupe.

OBSERVATION 2. — *Chancre ancien. — Nul symptôme de transition. — Céphalée opiniâtre. — Insuccès de divers agents. — Guérison rapide par l'iodure de potassium.*

Un jeune homme de 25 ans, de tempérament sanguin, commis dans une manufacture, se présenta, en septembre 1844, à l'hôpital de l'Antiquaille, pour y être traité d'une céphalée opiniâtre qui, depuis quelques semaines, le tourmentait toutes les nuits. La douleur était fixée à la bosse frontale droite, où elle occupait une étendue de 5 à 7 centimètres de diamètre. Le malade ne se rappelait, comme antécédents vénériens, qu'un chancre survenu il y a deux ans, cicatrisé au bout d'un mois, et pour lequel il n'avait fait aucun traitement général. Il déclara n'avoir jamais eu depuis lors aucune éruption, aucun mal à la gorge, ni croûtes dans les cheveux, ni engorgement des testicules, ni fissures à l'anus, ni chute de cheveux, ni douleurs dans d'autres parties du corps. Son éducation et son intelligence augmentaient le poids de ces assertions; car elles me servaient de garantie qu'il devait en comprendre toute la portée.

En examinant le malade avec soin, je ne pus découvrir autre chose qu'une cicatrice petite, peu visible, et très-souple au reflet du prépuce (trace du chancre ancien dont il avait parlé), la peau, dans toute la surface du corps, les bourses, l'anus, la bouche, les narines étaient complétement libres de toute lésion spécifique, et dans l'état normal la bosse frontale droite, siége des douleurs, n'avait ni rougeur ni engorgement, ni sensibilité à la pression, ni tuméfaction osseuse.

Quoique tout semblât repousser l'idée exprimée par le malade, que sa céphalée était de nature syphilitique, je dois dire qu'une sorte de pressentiment me portait à partager son opinion à cet égard; et si je prescrivis d'abord quelques médications autres que les antisyphilitiques, j'avouerai franchement que ce fut moins par conviction qu'afin de rendre l'observation, à mes propres yeux, plus concluante. La douleur, fixée au siége que j'ai indiqué, revenait tous les soirs, et persistait pendant les 4 ou 5 premières heures de la nuit, pour céder ensuite jusqu'à la soirée suivante. Cette intermittence indiquait l'emploi du quinquina. Je donnai donc pendant plusieurs jours jusqu'à 1 gramme de sulfate de quinine à doses réfractées. Aucun amendement ne s'étant manifesté, j'essayai, tout aussi infructueusement, l'application *loco dolenti* d'un vésicatoire dont la surface fut ensuite saupoudrée durant 3 jours de chlorhydrate de morphine. Le valérianate de zinc à dose considérable ne réussit pas mieux. Je m'en tins ensuite à un régime sévère, quelques purgatifs, des pédiluves sinapisés. Le tout ayant échoué, les quarts de lavement laudanisés furent associés avec une potion opiacée. Enfin, bien qu'il n'y eût aucun signe de congestion à la tête, j'ordonnai deux applications de 8 sangsues entre l'angle des mâchoires et l'apophyse mastoïde.

Le résultat négatif de ces tâtonnements thérapeutiques volontaires me décidant de plus en plus à tenter le moyen que je croyais devoir réussir, je prescrivis 1 gramme d'iodure

de potassium en deux fois, matin et soir. Dès le lendemain matin, le malade, répondant à une question que je ne lui adressais pas sans crainte, me dit que sa nuit avait été bien différente de celles qu'il avait passées jusque-là. En trois jours de continuation de la préparation iodée, la douleur avait disparu. Sûr d'avoir rencontré juste, et de connaître, sinon la cause de son mal, du moins le remède qui lui convenait, je jugeai inutile de le garder plus longtemps à l'hôpital. Il sortit donc, mais pour continuer encore à prendre, pendant six semaines, l'iodure de potassium, qui fut, au bout de huit jours, porté à 2 grammes, et maintenu à cette dose jusqu'à la fin du traitement.

Si j'avais vu ce malade ailleurs que dans un hôpital spécialement affecté aux maladies vénériennes, si lui-même n'eût pas appelé mon attention sur le chancre ancien, qu'il regardait comme cause de sa céphalée, il est extrêmement probable que je n'aurais pas songé à employer chez lui l'iodure de potassium. Je dois ajouter que, malgré ce que j'ai dit de son opinion sur la nature de ses douleurs de tête, ce jeune homme ne m'a point paru être un syphilomane. Tout dans ses manières, dans sa conversation, dans la façon dont il exprimait ses plaintes, annonçait la sincérité; et je suis persuadé que ses douleurs étaient aussi réelles que l'a été sa guérison.

J'ai signalé, dans l'observation 1, quelques-unes des causes qui peuvent faire supposer à tort la nature virulente d'un bubon suppuré. En voici une autre plus commune, mais sur laquelle cependant je ne crois pas tout à fait inutile d'arrêter un moment l'attention des lecteurs.

Observation 3. — Alb..., âgé de 21 ans, de tempérament lymphatique, entra, le 9 novembre 1844, à l'Antiquaille pour une blennorrhagie contractée 2 mois et demi auparavant. Après l'avoir traitée par des tisanes diurétiques pendant la période inflammatoire, il essaya ensuite de la supprimer au moyen d'injections d'eau de saturne. L'écoulement cessa pendant 3 ou 4 jours, mais reparut ensuite. Cependant survinrent, à droite et à gauche, deux engorgements indolents des ganglions de l'aine. Le malade ayant continué à marcher et à travailler, ces bubons s'enflammèrent, devinrent douloureux. Il dut alors entrer à l'hôpital.

Examiné minutieusement, il n'offre sur la verge, aux bourses, à l'anus, etc., ni chancres, ni cicatrice d'anciens chancres. Il affirme d'ailleurs n'avoir jamais eu antérieurement d'autres maladies vénériennes. La blennorrhagie est de moyenne intensité, fort peu inflammatoire actuellement, ne causant pas d'érections ni de douleur vive en urinant. Le muco-pus est blanc, peu abondant, ne filant pas entre les doigts.

Le 13 novembre, M. Diday ouvre le bubon droit. Il s'en écoule un peu de pus mêlé à beaucoup de sang. Comme l'incision n'offre les jours suivants que les caractères d'une plaie simple, on se borne à la panser avec le vin aromatique. Cataplasmes émollients sur le bubon gauche, qui n'est pas très-douloureux, mais paraît tendre à la suppuration.

Au bout de 10 jours, l'ouverture du bubon droit étant presque cicatrisée, on commence à exercer sur lui la compression avec une plaque de bois assujettie par un ruban de fil, à la manière d'un bandage herniaire. On ouvre le bubon gauche qui est devenu fluctuant.

Le surlendemain, on s'aperçut que la cicatrice du bubon droit s'était ulcérée, ses bords renversés avaient l'aspect d'une surface ulcéreuse virulente. Le malade interrogé nous informa alors que l'avant-veille, après l'ouverture du bubon gauche, il s'était servi de charpie et d'eau de mauve appartenant à son voisin, porteur de deux bubons virulents en suppuration. Il devint donc évident que l'inoculation du virus syphilitique s'était opérée de cette manière à une plaie restée jusque-là simple. Avec le stylet, on reconnut un large décollement; c'était un vaste chancre ganglionnaire. Bientôt le bubon gauche, récemment ouvert, présenta à son tour les mêmes caractères, résultat probable de la transmission du pus virulent d'un côté à l'autre. On les traita tous les deux par des injections répétées deux fois dans la journée avec la solution suivante :

Eau distillée................	30 gram.
Nitrate d'argent............	15 gram.

On administrait en même temps le poivre cubèbe à la dose de 25 grammes par jour, pour la blennorrhagie. Une fois les caractères spécifiques détruits sur ces ulcérations, elles furent pansées avec l'onguent digestif. Le malade sortit le 27 janvier 1845 entièrement guéri.

(Observation recueillie par M. A. Gellion, interne.)

L'observation qui suit n'aura pas grand intérêt pour les médecins exclusivement praticiens. Mais ceux qui se tiennent au courant des théories régnantes la jugeront peut-être d'une manière plus favorable, comme propre à éclairer sur la valeur d'une opinion à laquelle certains écrivains ont voulu donner l'importance d'un dogme

fondamental en matière de maladies vénériennes.

OBSERVATION 4. — *Deux blennorrhagies et un chancre non induré récent pour tous symptômes antérieurs. — Eruption d'une syphilide lenticulaire près de deux mois après l'apparition du chancre.*

Gr..., âgé de 33 ans, homme de peine dans une maison de teinture, de constitution forte, de tempérament sanguin, eut, il y a 6 ans, une blennorrhagie peu douloureuse qui, après trois semaines de traitement adoucissant, fut heureusement et promptement coupée par le poivre cubèbe. Depuis lors, il avait joui, sous ce rapport, d'une santé parfaite, lorsque le 1er janvier 1845, quelques jours après s'être exposé dans un coït suspect, il s'aperçut d'un nouvel écoulement blennorrhagique. Un régime délayant, puis quelques purgatifs, et enfin des injections avec l'eau blanche suffirent pour opérer la guérison, qui était achevée en moins de deux mois et demi. Bien avant cette époque, c'est-à-dire vers le 20 janvier, le malade avait contracté un chancre à la partie inférieure de la verge, et un peu à droite de la ligne médiane. Après avoir suppuré 8 à 10 jours, il se ferma; mais un autre chancre apparut sur le dos de la verge, et à égale distance à peu près entre la racine de cet organe et le gland. Irrité par le traitement que lui conseilla un homme étranger à l'art, ce second chancre fit des progrès. Un engorgement se déclara à l'aine droite, et le malade, ne pouvant plus travailler, entra à l'hôpital de l'Antiquaille le 25 mars.

A ce moment, le chancre de la face dorsale de la verge présentait encore les caractères d'une ulcération virulente à la période de progrès. Le bubon était peu volumineux, mais la saillie formée par lui se détachait très-nettement de la surface environnante. Rouge, douloureux à la pression, siége de quelques élancements spontanés, il faisait craindre la suppuration. A la face inférieure de la verge, paraît une cicatrice extrêmement souple, sans vestige d'induration ni d'engorgement au pourtour; c'est celle du premier chancre. Le prépuce laisse le gland entièrement à découvert; on ne voit nulle part de traces d'anciennes lésions. Prescription : cautérisation du chancre avec le nitrate d'argent, réitérée tous les jours; pansements avec la charpie imbibée de vin aromatique. Repos, cataplasmes émollients sur le bubon.

Le chancre ne tarda pas à prendre un aspect plus favorable. En peu de jours, il passa franchement à la période dite de réparation. L'engorgement ganglionnaire suivit dès ce moment une marche rétrograde. Bientôt aux cataplasmes émollients furent substituées des compresses imbibées d'eau blanche, et plus tard de la solution suivante :

Décoction d'une petite poignée de feuilles de roses de Provins dans vin rouge........	200 gram.
Ajoutez tannin...............	8 gram.

Mais, à mesure que le chancre se cicatrisait, j'aperçus, non sans étonnement d'abord, sur le ventre, puis sur les membres inférieurs, et enfin sur toute la surface du corps, les papules squammeuses d'une syphilide lenticulaire très-bien caractérisée. L'éruption, qui avait été précédée de maux de tête assez violents pendant quelques jours, ne mit que 3 ou 4 jours à envahir toute la surface cutanée. Aucune démangeaison du reste ne signala son apparition; et ce ne fut que par hasard, pour ainsi dire, que le malade la remarqua. A partir du 7 avril, je prescrivis deux cuillerées à café de liqueur de Van-Swiéten par jour, dans un demi-verre d'eau, dose qui fut bientôt portée à 4 cuillerées par jour.

Cependant les progrès du chancre vers la guérison ne s'étaient pas ralentis. Le 10 avril, il était entièrement fermé. De même que pour celui de la partie inférieure du pénis, on ne voyait plus à sa place qu'une cicatrice mince, parfaitement souple en tous ses points, sans apparence d'engorgement à sa base, non plus que dans son voisinage. Le bubon était aussi réduit à une petite glande mobile sous la peau et tout à fait indolente. Vers le 15 avril, le malade fut pris de maux de tête violents revenant tous les soirs à 6 heures. Contre cette céphalée périodique, symptôme concomitant assez fréquent des syphilides à leur début, je prescrivis 6 des pilules suivantes, à prendre deux à 11 heures du matin, deux à 1 heure de relevée, et deux à 3 heures :

Sulfate de quinine............	15 décig.
Extrait d'opium.............	15 centig.
Divisez en 18 pilules.	

Dès le second jour de l'usage de ces pilules, la douleur (ainsi du reste que cela m'est arrivé dans beaucoup d'autres cas) avait disparu.

Le malade sortit de l'hôpital continuant son traitement mercuriel. Revu le 2 mai, l'éruption était en voie de guérison. Les cicatrices des deux chancres n'offraient pas la moindre induration.

Je ne suis pas de ceux qui prétendent, à l'aide d'un seul fait authentique, renverser des principes reconnus exacts par la plupart des observateurs; car les chances d'erreur qui viennent du malade, jointes à celles qui viennent du médecin, imposent à toute induction de cette espèce des bornes que, pour ma part, je suis bien décidé

à ne jamais franchir sciemment. Néanmoins l'observation précédente m'a semblé très-remarquable comme contredisant une loi, ou pour mieux dire, une loi restée à l'état de projet, de M. Ricord. Si l'on en croit l'expérience de ce syphilographe distingué, l'induration locale serait le caractère pathognomonique de l'intoxication vénérienne, de telle sorte que le chancre induré serait *nécessairement* suivi de symptômes spécifiques, et surtout que le chancre non induré n'en serait *jamais* accompagné. Telles sont du moins les conclusions (surtout la seconde), vers lesquelles M. Ricord incline, s'il ne les a nulle part aussi explicitement formulées que je viens de le faire ; et plus d'un de ses élèves déjà les a énoncées sous une forme aussi absolue. — Tout en avouant que cette remarque de mon maître et ami M. Ricord est vraie dans la plupart des cas, qu'elle est un guide excellent pour le pronostic et ne doit jamais être perdue de vue, lorsqu'il s'agit de présager l'avenir pathologique et d'instituer le traitement d'un individu actuellement atteint de chancres, je crois pouvoir avancer que le fait ci-dessus constitue une exception tranchée à cette règle. Elle n'est pas la première que j'aie eu occasion d'observer ; mais les circonstances qui l'ont accompagnée, l'air de véracité du malade, la lucidité de ses souvenirs en ce qui touchait ses antécédents vénériens, la nature manifeste et l'époque récente d'invasion du symptôme consécutif, tout me porte à considérer ce cas comme une des preuves les plus fortes que puisse fournir un fait isolé.

Une circonstance double encore sa valeur à mes yeux et le défend contre l'objection la plus prévue, celle qui consisterait à supposer qu'un chancre *induré* a pu exister anciennement *à l'insu* du malade. Je concevrais que cette hypothèse fût mise en avant, si les symptômes généraux actuellement observés par moi à l'hôpital eussent été une syphilide tuberculeuse ou ulcéreuse, des exostoses ou périostoses, un testicule vénérien, toutes lésions dénotant une infection d'origine éloignée. Les faits cadreraient alors avec la supposition : et si l'on n'était pas persuadé, du moins ne pourrait-on repousser entièrement le doute. Mais quand on voit la syphilide lenticulaire, c'est à dire le symptôme secondaire, ordinairement le premier en date, survenir deux mois après le chancre, c'est-à-dire à la période le plus communément observée, le rapport de causalité se présente tout naturellement à l'esprit, et par ces considérations qui établissent la vraisemblance du fait, son authenticité se trouve presque démontrée.

BIBLIOGRAPHIE.

HISTOIRE ET CRITIQUE DES DOCTRINES DES MALADIES DE LA PEAU,

CONSIDÉRÉES PARTICULIÈREMENT SOUS LE RAPPORT DE LA GÉNÈSE DES FORMES ÉLÉMENTAIRES ;

par le doct. J. ROSENBAUM.

(Halle, 1844. — 109 pages in-8°.)

TRAD. DE L'ALLEMAND PAR LE Dr. CH. DAREMBERG.

(Suite)

Les efforts ingénieux de *Fuchs* ont donné une bonne impulsion à la dermatologie, principalement à la thérapeutique. Non-seulement l'auteur a prouvé jusqu'à l'évidence que ces maladies ne doivent, ni ne peuvent former une classe de maladies à part dans le système nosologique ; mais encore il n'a jamais perdu de vue la grande part que l'organisme entier prend au *procès* (acte, fonction) pathologique qui se juge en quelque sorte dans la peau ; d'où il a dû tirer des indications rationnelles pour combattre l'affection extérieure et la diathèse. Mais *Fuchs* a eu le tort de méconnaître, presque entièrement, le rôle que les différentes parties constituantes de la peau jouent chacune dans la production des diverses formes des affections de cette membrane, et de ne s'être pas occupé de la manière dont ces affections s'engendrent et se développent. Comme *Plumbe*, *Rayer* et *Struve*, il n'a traité que *quelques formes* sous

ce point de vue; cependant dans des articles (*Dictionnaire de chirurgie*, de Blasius. Berlin, 1836-38; 4 vol., et *Encyclopédie*, de Schmidt.) j'avais déjà tâché de faire ressortir, en m'appuyant sur des faits, la nécessité de suivre cette voie dans l'étude des maladies de la peau; mais je dois ajouter que mes idées n'ont su attirer l'attention d'aucun dermopathologiste, à l'exception de l'auteur anonyme de l'ouvrage intitulé : *Memoranda der Hautkrankheiten*, *Weimar* 1842, in-16. Dans ces derniers temps, M. le professeur *Richter*, de Dresde, a parlé superficiellement de ma théorie dans les archives de *Haeser*, vol. 6, p. 341. M. *Klenke* est arrivé par ses propres recherches à des résultats analogues. (Voir vol. II, p. 37-70 de ses recherches et expériences d'anatomie, de physiologie, de micrologie et de médecine scientifique.)

Le livre de *Giraudeau de Saint-Gervais* (1) n'est qu'une compilation des ouvrages de *Rayer*, *Cazenave-Schedel* et *Gibert*. *Baumès* (2), par sa théorie de la fluxion, a contribué à faire mieux connaître les rapports des affections de la peau avec l'organisme entier et à éclaircir quelques points d'étiologie; toutefois la nouvelle classification qu'il propose n'a que peu de valeur.

L'ouvrage d'*Erasmus Wilson* (3) trahit un auteur savant, maître du sujet et connaissant surtout les progrès de la dermatologie en Allemagne. Voici sa classification :

1° *Maladies du derme.*

- Inflammation
  - Congestive
    - Spécifique : Rougeole. Scarlatine. Variole. Varicelle. Vaccine.
    - Non spécifique : Erysipèle. Urticaire. Roséole. Erythème.
  - Effusive
    - Asthénique : Pemphigus. Rupia.
    - Sthénique : Herpes. Eczema. Sudamina.
  - Suppurative : Impetigo. Ecthyma.
  - Dépositive : Strophulus. Lichen. Prurigo.
  - Squammeuse : Lèpre. Psoriasis. Pityriasis.
  - Par animalcules parasites : Gale.
- Hypertrophie des papilles : Ichthyose. Tylosis. Clavus. Verrues. Cornes.
- Désordres du tissu vasculaire : Nævus vasculaire. Purpura.
- Désordres de la sensibilité : Hyperesthésie. Prurit.

(1) Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies de la peau. Paris, 1842. 263 p. 8°, avec 5 planches coloriées.

(2) *Baumès* : Nouvelle dermatologie, etc., etc. Paris, 1842. 2 vol. Le même auteur avait publié avant cet ouvrage : Lettre d'un médecin de province à MM. les dermophiles des hôpitaux de Paris. Paris, 1834. — Deuxième édition portant le titre de : Aperçu médical des hôpitaux de Londres, etc., etc. Paris, 1835. 103 p., 8°. — Essai sur la fluxion, appliquée à la connaissance théorique et pratique des maladies de la peau, etc. Lyon, 1837.

(3) A practical and theoretical treatise on the diagnosis, pathology and treatment of the diseases of the skin, arranged according to a natural system of classification, and preceded by an outline of the anatomy and physiology of the skin. London, 1842. XXXIX et 407 p., 8°.

Désordres des fonctions chromatogènes...	Augmentation du pigment....	Nigritie. Nævus pigmentaire.
	Diminution du pigment.	Albinisme. Vitiligo.
	Altération du pigment.......	Ephelis. Lentigo. Chloasma. Melasma.
	Coloration chimique.........	Taches d'oxyde d'argent.

2° *Maladies des glandes sudoripares.*

Augmentation de sécrétion..	Sudatoria.
Diminution de sécrétion.	
Altération de sécrétion..	Odeur, couleur, etc., anormales.

3° *Maladies des glandes sébacées.*

Augmentation..		Stearrhée.
Diminution de sécrétion.		
Altération de sécrétion..		Ichthyosis sebacea.
Rétention de la sécrétion..............	Le conduit ouvert..........	Comedones. Accumulations sébacées. Petites tumeurs sébacées. (*Moluscum contagiosum.*)
	Le conduit fermé..........	Tubercules sébacés miliaires. Tubercules calcaires miliaires. Kystes séreux. Tumeurs enkystées.
Inflammation des glandes et tissus adjacents..........................		Acne. Sycosis.

4° *Maladies des cheveux et des follicules pileux.*

Augmentation dans la formation..................................	Nævus pileux.
Diminution dans la formation..................................	Alopécie. Calvitie.
Altération de couleur..................................	Canitie.
Maladie de la pulpe du cheveu..................................	Plique polonaise.
Maladie des follicules..................................	Inflammation des follicules. Favus.
Direction anormale..................................	Trichiasis. Feutrage.

Le lecteur verra que le principe anatomico-physiologique prédomine dans ce système; pourtant les préjugés des anciennes doctrines n'en ont point été entièrement écartés, surtout en ce qui concerne les glandes sébacées.

M. le conseiller Isensée, dans son système pratique publié récemment (1), tout en cherchant à concilier les idées anciennes avec les idées modernes, n'a pas encore su s'élever à un point de vue assez libre et impartial.

CLASSIFICATION DES MALADIES DE LA PEAU

Par M. ISENSÉE.

CLASSES.	FAMILIÆ.	GENERA.	ORDINES.
A. *Primarii*............ Seu. *Protopathici*.. Seu. *Idiopathici.*	I. *Dyschroa* et *Achroa*...	Nævus. Ephelis. Lentigo. Fuscedo et Flavedo. Argyria. Nigredo. Melanosis. Vitiligo. Albinismus.	I. *Maculæ.*
	II. *Atrichia* et *Dystrichia*............	Canities. Calvities. Trichomorphosis. Hirsuties. Plica polonica.	II. *Pilosæ.*

(1) Neues praktisches System der in der Haut erscheinenden Krankheiten. Berlin, 1843. 1 feuille in-fol.

CLASSES.	FAMILIÆ.	GENERA.	ORDINES.
A. *Primarii.* Seu. *Protopathici.* Seu. *Idiopathici.*	III. *Epizoa* et *Epiphyta.*	Pediculosis.	III. *Vivæ.*
		Acariasis.	
		Puliculosis.	
		Prurigo.	
		Scabies.	
		Œstrus.	
		Filaria.	
		Serpigo.	
		Tinea.	
		Alphus.	
		Rhypia.	
B. *Secundarii.* Seu. *Deuteropathici.* Seu. *Symptomatici.*	IV. *Hypertrophica* et *Atrophica.*	Hypertrophia epidermidis.	IV. *Epidermo-nervosæ.*
		— cellulosæ.	
		— sarcosis.	
		— unguium.	
		Dystrophia.	
		Alopecia.	
		Atrophia.	
		Adermia.	
		Anæsthesia cutis.	
		Hyperæsthesia.	
	V. *Epiphera* et *Variolosa.*	Theropsora.	V. *Pustulosæ.*
		Malleus humanus.	
		Pustula maligna.	
		Uligo.	
		Vaccina.	
		Variolis.	
		Variola.	
		Varicella.	
	VI. *Gastrica* et *Erysipelacea.*	Pemphigus.	VI. *Exanthematicæ.*
		Zoster.	
		Phlyctænosis.	
		Urticaria.	
		Acrodynia.	
		Erythema.	
		Dermatitis.	
		Erysipelas.	
		Garotillo.	
		Scarlatina.	
	VII. *Catarrhalia*	Rubeola.	
		Morbilli.	
	et *rheumatica.*	Plantaria.	
		Miliaria.	
		Sudores.	
	VIII. *Scrophulosa* et *Impetiginosa.*	Seborrhoeæ.	VII. *Glandulo-Sebaceæ.*
		Acne.	
		Sycosis.	
		Frambœsia.	
		Molluscum.	
		Lupus.	
		Keloïs.	
		Dermoscrophula.	
		Aphtha.	
		Strophulus.	
		Lichen.	
		Psoriasis.	
		Pytiriasis.	
		Eczema.	VIII. *Vesiculo-Bullosæ.*
		Herpes.	
		Impetigo.	
		Ecthyma.	
		Pompholyx.	
		Pædophlysis.	
		Esthiomenus.	
		Helkosis.	
	IX. *Leprosa* et *syphilitica.*	Rosa asturica.	IX. *Tuberculo-Squamosæ.*
		Pellagra.	
		Lepra.	
		Elephantiasis.	
		Pachydermia.	
		Ichthyosis.	
		Radesyge.	
		Syphilides.	

CLASSES.	FAMILIÆ.	GENERA.	ORDINES.
B. *Secundarii*........... Seu. *Deuteropathici*.. Seu. *Symptomatici*.	X. *Scorbutico-Typhosa* et *Carcinomatosa*.....	Scorbutus........ Purpura.......... Dermotyphus..... Dermotyphois..... Dermoxerosis..... Dermolysis....... Fungus.......... Carcinoma....... Mortificatio.......	X. *Multiformes*.

Ex-Morbi cutanei (Maladies cutanées qui n'existent plus).. Epinyctis. Mentagra Romana. Waren (*). Sudor Anglicus.

Je joins à ces classifications, données par M. Rosenbaum, celles du docteur Nicolas de Alfaro (**), de Madrid.

Ier Ordre.

Maladies de la peau proprement dite.

1er GROUPE. — Maladies déterminées par l'inflammation simple de la peau et par ses produits, sans caractère élémentaire distinctif.........	Injection, Induration, Hypertrophie, Ramollissement, Suppuration,	Abcès, Plaies, Ulcères, Fistule, Gangrène,	Formation des cicatrices, Brûlures, Phlegmon, Furoncle, Anthrax.	
2e GROUPE. — Maladies spéciales avec des formes morbides essentielles............	1re *Section.* Exanthèmes.	Erithème, Erysipèle, Urticaire, Roséole, Scarlatine, Rougeole..		Éruptions artificielles.
	2e *Section.* Vésicules.	Herpes, Zona, Eczema, Sudamina, Miliaire, Hydrargyrie, Scabies..............................		
	3e *Section.* Ampoulles.	Pemphigus, Rupia......................................		
	4e *Section.* Papules.	Prurigo, Lichen, Strophulus, Epinyctis,............		
	5e *Section.* Pustules.	Impetigo, Ecthyma, Acne, Mentagre, Pustule maligne, Porrigo, Favus, Vaccine, Varicelle, Variole, Mal de la Rose (Pellagre)........................		
3e GROUPE. — Maladies constitutionnelles déterminées par les vices cancéreux, scrofuleux, syphilitique...	1re *Section.* Scrofules.	Scrofules cutanées, Lupus, Productions pathologiques, Tubercules, Ganglionitis, Ulcérations, Crétinisme.		
	2e *Section.* Cancer.	Cancer de la peau et ses diverses espèces, Kéloïdes.		
	3e *Section.* Syphilides.	Syphilide exanthématique. — vésiculeuse. — pustuleuse. — papuleuse. — ulcéreuse. — végétante. — tuberculeuse, etc.		

2e Ordre.

Maladies des dépendances de la peau.

Altérations.......	Des poils...............	Canitie, Alopécie, Trichoma, Plique polonaise.
	De l'épiderme..........	Exfoliation, Productions cornées, Ichthyosis, Callus, Verrues, Pytiriasis.
	De la sécrétion de la peau.	Flux sébacé, Sueurs.
	Des ongles..............	Onixis.
	Des follicules...........	Concrétions, Tumeurs folliculeuses, Méliceris, Stéatome.
	De la couleur............	Éphelides, Lentigo, Albinisme, Anémie, Pétéchies, Echymoses, Purpura, Nigritie, Colorations artificielles pathologiques et cadavériques.

(*) Espèce de maladie tenant de la goutte et du scorbut, et qui a régné particulièrement en Hollande vers la fin du seizième et au commencement du dix-septième siècle. (Voir *Forestus.*) (*Note du Tr.*)

(**) *Tratado theorico-practico de enfermedades cutaneas*, par D. Nicolas de Alfaro, avec un formulaire pratique. Madrid, 1840, 2 vol. in-8° de XI-382-302 pp. — Cet ouvrage, très-peu connu en France, mérite cependant de l'être par sa tendance éminemment pratique; l'auteur, qui a étudié à Paris sous des maîtres habiles, est un médecin distingué de l'Espagne. Après une introduction historique, M. Alfaro traite de l'anatomie et de la physiologie de la peau; il examine ensuite les diverses classifications des maladies de cette membrane; s'arrête surtout à celles de Willan-Bateman et d'Alibert, qu'il critique avec beaucoup de mesure. La classification de notre auteur, vicieuse en quelques points, n'en doit pas moins être prise en considération. (*Add. et Note du Tr.*)

3° Ordre.

Maladies rares ou des climats.

Absence de la peau,
Portions de peau trouvées dans les kistes des ovaires,
Lèpre et ses variétés,
Pellagre,
Eléphantiasis des Arabes et des Grecs,
Grain ou bouton d'Alep,
Mal de Crimée,
Tara de Sibérie,
Pinto du Mexique.

Presque tous les dermopathologistes modernes commettent, comme je l'ai déjà dit, la faute de s'occuper de la classification des maladies de la peau, avant de *connaître à fond* la structure et la fonction de cette membrane et de ses dépendances : cette faute doit être attribuée aux lacunes qui existent sur ce point d'anatomie dans la plupart des ouvrages classiques d'anatomie ou de physiologie, et dans l'enseignement oral. Ce n'est que dans ces derniers temps que l'étude, si longtemps négligée de l'anatomie de la peau, a été reprise, et que les découvertes faites par *Eichhorn* (1), *Weber* (2), *Purkinje* et *Wendt* (3) ; surtout par *Breschet* et *Roussel de Vauzème* (4), par *Flourens* (5), par *Gurlt* (6), et par *Berres*, nous ont fourni des connaissances exactes, mais encore incomplètes, sur la structure de la peau ; ces anatomistes ont démontré d'une manière incontestable l'existence anciennement connue, et plus tard ignorée, des organes glanduleux, des glandes sébacées et des glandes sudoripares, de même que des follicules pileux *sur toute* la surface de la peau ; mais la physiologie de ces organes, malgré les recherches mal appréciées que *J.-Chr.-Th. Reuss* (7) avait déjà faites, sous les auspices d'*Autenrieth*, laisse encore beaucoup à désirer.

Dans cet état de choses il est impossible de tenter une réforme *radicale* de la doctrine des affections de la peau, et par conséquent une classification satisfaisante ; mais on doit au moins tâcher d'amener une réforme partielle, et mettant en œuvre ce que l'on connaît aujourd'hui de l'anatomie et de la physiologie de la peau et de ses dépendances, essayer d'arriver à une explication d'un certain nombre de phénomènes pathologiques ; du reste, pour la peau, comme dans tous les autres systèmes de l'économie, la pathologie, à son tour, sert à éclairer la physiologie.

On ne saurait conseiller de démolir avant d'être en état de reconstruire : aussi ne me semble-t-il pas encore opportun de présenter dès maintenant, d'une manière absolue, une classification des affections de la peau, classification qui ne pourrait qu'être défectueuse, à la place du système toujours prédominant de *Willan-Bateman* ; seulement il ne faut l'accepter que sous la réserve de la critique, éclairée par les découvertes nouvelles : ce sera le meilleur moyen pour le déposséder de son autorité exclusive, injustement acquise. Les médecins devront en même temps s'efforcer d'exposer, dans des monographies, les résultats nouvellement obtenus et positifs de leurs recherches pour venir en aide aux créateurs de systèmes futurs.

La description anatomico-pathologique la plus exacte de la génèse, et du développement ultérieur des formes dites élémentaires des affections de la peau, base sur laquelle *Willan* construisit ses ordres, devra former le commencement de cette tâche ; on apprendra alors quels sont les parties ou organes de la peau qui prennent part à la génèse de ces formes élémentaires, et on sera à même d'examiner quels sont les parties ou organes de la peau qui peuvent être affectés, et quels sont les phénomènes pathologiques qui s'y

(1) Des excrétions par la peau, etc., dans *Meckel* : Archives de physiologie, [illegible], p. [illegible]. — *Idem* : Remarques sur l'anatomie et la physiologie de la peau humaine. Ibidem, 1827, p. 27-129.

(2) Beobachtungen über die Oberhaut, etc. (Observations relativement à l'épiderme.) Archives de *Meckel*, 1827, p. [illegible].

(3) Diss. de Epidermide humana. Vratislav, 1833. Traduct. allemande dans les Archives de physiol. de Müller, 1834. p. 278.

(4) Nouvelles recherches sur la structure de la peau, avec 3 planches. Paris, 1835.

(5) Anatomie générale de la peau et des membranes muqueuses, Paris, 1843, 4°,

(6) Vergleichende Untersuchungen über die Haut des Menschen und der Haussaeugethiere, etc. (Recherches comparées sur la peau de l'homme et des mammifères domest., surtout par rapport aux organes excréteurs des follicules sébacés et de la transpiration.) Archives de Müller, 1835 p. 399-415.

(7) Diss. inaug. med. de Glandulis sebaceis ; præf. *Autenrieth*. Tubingue, 1807. 47 p., 8°.

manifestent. Car il importe surtout de connaître les maladies des différentes couches de la peau, des glandes sébacées dans leurs différentes modifications, des glandes sudoripares, des follicules pileux, des vaisseaux et des nerfs (1). Ce but complétement atteint, les affections de la peau cesseront d'être isolées, et pourront enfin être accueillies dans le système général des maladies.

Il y a sept ans, je disais déjà, à ce sujet (*Journal Universel de Médecine*, rédigé par *Pierer* et *Pabst*, 1837) : Il est étonnant qu'on ait, pendant plus de vingt ans, examiné avec le soin le plus minutieux, à l'aide de microscope, etc., les formes extérieures des maladies de la peau, sans qu'aucun des dermopathologues, à l'exception peut-être d'*Eicchorn*, ait songé sérieusement à se demander : quelles sont les conditions dans lesquelles ces formes extérieures naissent? Quels sont les changements qui doivent avoir lieu dans la structure anatomique de la peau, pour que ces formes puissent paraître? Qu'est-ce qui donne à la peau la faculté de produire des vésicules, des pustules, des papules, puis qu'en apparence elle semble uniformément continue? Alors ils auraient facilement découvert que tous les ordres des papules et des tubercules, et aussi la plupart des vésicules, appartiennent aux glandes sébacées et aux follicules pileux, tandis que d'autres affections, par exemple la miliaire, appartiennent aux glandes sudoripares, etc. Nous avons démontré que ces idées ont déjà été émises et cultivées dans le siècle passé; parmi les auteurs modernes, c'est *Rayer* qui a le plus contribué à les étendre à l'aide de données nouvelles et précieuses. Ainsi, il s'exprime de la manière suivante : (p. 23.)

« Les follicules sébacés ont des maladies qui leur sont propres; ils s'altèrent dans plusieurs autres affections qui leur sont primitivement étrangères. Les parties de la peau le plus souvent enflammées sont aussi celles qui sont le plus abondamment pourvues de follicules. L'histoire de l'eczéma, de l'impétigo, du favus, de l'acné, de la couperose, etc., démontre, combien leurs inflammations sont nombreuses, etc. »

Idem, p. 11, 12. « La sécrétion de *l'humeur huileuse*, qui dans l'état sain est déposée sur la surface de la peau, est tout à fait suspendue dans les inflammations squammeuses (?) sur les points affectés. Ce défaut de sécrétion est surtout très-remarquable dans le pytiriasis du cuir chevelu, sur les plaques squammeuses de la lèpre et du psoriasis invétéré. Quant à la sécrétion de l'humeur sébacée, elle est suspendue dans les mêmes conditions; mais elle est évidemment augmentée dans une variété d'acné *(acne punctata)*; en outre elle est modifiée dans certains impétigos dont l'humeur, qui a plutôt l'apparence du miel ou d'une forte solution de gomme que de véritable pus, suinte des follicules; enfin cette sécrétion est évidemment remplacée par celle d'une humeur contagieuse dans le favus. »

Le second passage montre que *Rayer* ne possédait pas toute la vérité sur cette question; en effet, dans ce qu'il appelle inflammations squammeuses, la sécrétion des parties huileuses de l'humeur a bien cessé, mais nullement celle de l'humeur, c'est-à-dire de la matière sébacée de la peau en général; elle est plutôt augmentée comme dans *l'acne punctata;* mais elle a changé sous le rapport de la qualité. L'albumine y prédomine, tandis que les parties huileuses manquent; c'est pourquoi elle se dessèche vite, aussitôt qu'elle est parvenue à la surface (l'excrétion s'étant en même temps accrue), et se détache en écailles. On commit la faute de ne pas conclure de ce fait particulier exactement observé, aux autres faits et de ne pas se demander si l'*eczema* et l'*acne punctata* doivent être regardés comme des affections des glandes, quelle en est la génèse et comment ces vésicules et ces pustules se distinguent des autres? Au lieu de tâcher d'éclairer de cette manière un sujet obscur, on a eu recours à des hypothèses singulières, en contradiction avec l'anatomie et la physiologie.

Fuchs prétend que les vésicules, les tubercules et les pustules naissent de la membrane vasculaire ou de la couche qui se trouve immédiatement au-dessus du chorion, et il attribue à des parties une tendance prononcée à des formations isolées et circonscrites; il croit aussi que la peau

(1) *Breschet* partage cette opinion en s'exprimant ainsi dans ses Recherches sur la structure de la peau, etc., p. III : « Si on parvenait à localiser les maladies de la peau, et nous en concevons la possibilité, c'est-à-dire, si l'on pouvait, prenant pour guide l'anatomie, indiquer le siége de chaque maladie cutanée, ce serait un véritable progrès pour la médecine et pour l'anatomie pathologique. »

à l'état pathologique, a également de la tendance à produire des végétations organiques, qui étant elles-mêmes parasitiques servent d'organes de sécrétion et de fructification au *procès* anormal et parasitique de l'organisme.—*Eisenmann* (*Maladies végétatives*, p. 232), tout en déclarant qu'il n'admet que ce qu'il croit savoir, dit: « Les papilles du derme développent leurs vaisseaux capillaires, et il naît une tache circulaire rouge ; ce développement pathologique fait des progrès ; la tache s'élève et prend une forme lenticulaire ; dans le développement ultérieur il s'y montre sur le milieu un petit tubercule qui se change en vésicule ; celle-ci, à son tour, devient pustule. » — *Jahn*, et d'autres auteurs se sont prononcés à peu près de la même manière ; mais on n'a qu'à examiner de près le système des vaisseaux capillaires, la membrane vasculaire et les papilles du derme, pour se convaincre bientôt qu'il ne pourra jamais en naître des tubercules, ni des vésicules, ni des pustules.

Broussais et, avant lui, *Willan-Bateman*, avaient expliqué les affections de la peau comme un *produit de l'inflammation;* les dermopathologistes français, surtout *Rayer*, ainsi que beaucoup de médecins allemands ont adopté cette opinion. Parmi ces derniers il faut citer en première ligne *Henle* (1), aux yeux duquel les papules, les pustules, les vésicules, etc., ne sont que des résultats de l'exsudation. « L'exsudation, dit-il, page 32, est, d'après ses phénomènes les plus essentiels et les plus généraux, un dégorgement des vaisseaux d'un tissu enflammé. Peu importe que cette exsudation se fasse dans les interstices de la partie enflammée ou sur la surface libre ; qu'elle soit séreuse, purulente ou fibreuse, qu'elle reste à l'état liquide ou qu'elle se coagule. On a même regardé l'exsudation de fibrine et de sérosité sur la surface de membranes séreuses et muqueuses comme la terminaison ordinaire de l'inflammation de ces tissus. Il en est de même de la peau extérieure ; mais les phénomènes y sont modifiés parce que l'épiderme épais et rigide s'oppose à l'écoulement de la matière exsudée ; tandis que l'épithélium de la plupart des membranes muqueuses et séreuses cède à la moindre pression. *C'est pour cette raison, en partie du moins, que les exsudations sur la surface de la peau ne forment que des élevures discrètes et proportionnellement très-petites.* Aussi les exsudations disséminées sur les grandes surfaces enflammées sont rarement plus grandes que les élevures qui naissent après une morsure de puce et une piqûre d'épingle. »

La rigidité de l'épiderme empêche en effet l'épanchement de la matière exsudée dans le réseau de Malpighi, et celui de la sérosité accumulée dans les glandes cutanées ; mais les élevures circonscrites ne sauraient être expliquées de cette manière ; les ampoules, les phlyctènes, les cloches, formées par l'action du vésicatoire et dont l'épiderme se détache facilement, viennent à l'appui de notre assertion.

« On sait, continue *Henle*, que, dans les tissus enflammés, la suppuration commence dans certains points, sur lesquels le *procès* pathologique paraît, pour ainsi dire, se concentrer. On peut s'attendre à une telle concentration quand il doit se former du pus. Dans la peau extérieure, cette concentration est représentée par les *papules*, exsudations qui précèdent la formation du pus, mais qui peuvent se résoudre ou devenir chroniques (en s'indurant). » —Page 33 : Une autre terminaison de l'inflammation de la peau est l'exsudation séreuse, la formation de vésicules et de bulles. Ces formes ne diffèrent entre elles que par leur dimension, les bulles n'étant que des vésicules confluentes ; ce dont on pourra se convaincre en observant l'action graduelle d'un vésicatoire. Ce n'est que dans les brûlures graves que la matière exsudée s'accumule si vite qu'il apparaît immédiatement de grandes bulles. Enfin l'inflammation passe à l'état de suppuration ; les points de suppuration se forment isolément et restent à à cet état ; ou, si l'inflammation est très-violente, ces points de suppuration, se rapprochant les uns des autres, deviennent confluents, et prennent même alors quelquefois l'apparence d'ulcères superficiels. Ces inflammations de la peau et d'autres, même celles qui en apparence passent à l'état de résolution, se terminent par la mortification ou la desquammation de l'épiderme. »

P. 34 : « Je ne veux point chercher ici à

(1) Sur la formation du pus et du mucus et leurs rapports avec l'épiderme, avec 1 planche. Berlin, 1838, 62 p., 8°, en allemand. Voir Hufeland's Journal, Vol. LXXXVI, 5.

expliquer pourquoi une inflammation de la peau tantôt se résout, tantôt passe à l'une des formes susdites d'épanchement, tantôt arrive à la gangrène ; *car il me paraît impossible de donner cette explication.* »

Henle ne se serait certainement pas prononcé ainsi, s'il avait eu une idée claire de la genèse des formes élémentaires des affections de la peau. Sa faute principale est de ne voir partout qu'*inflammation* et qu'*exsudation*, phénomènes qui, du reste, n'ont lieu que dans la papule et la pustule ; tandis que dans les vésicules et les bulles, il ne peut être question que de la sécrétion des glandes de la peau. Cette sécrétion ne paraît avoir été observée par *Henle* que dans l'*acne punctata ;* et c'est pour en avoir confondu les différentes modifications avec l'exsudation et la pyogénèse, qu'il a commis beaucoup d'erreurs. Il y a d'autant plus lieu de s'étonner de cette confusion, que l'auteur dit lui-même (p. 42) : « Nous ne saurions passer sous silence l'*inflammation des follicules pileux et sébacés, qui, dans sa terminaison ressemble beaucoup à celle des inflammations cutanées discrètes.* La cause la plus fréquente est que le conduit excréteur est obstrué par le tissu cellulaire chargé de graisse et de pigment ; c'est pour cela qu'on l'observe très-souvent en même temps que l'*acne punctata*. Il se forme une élevure qui ressemble aux papules, ou de la suppuration ressemblant aux pustules ; pourtant il est facile de les distinguer. Car, après avoir détaché la papule, ou ouvert la pustule, on reconnaît, même à l'œil nu, le poil fin roulé ordinairement en spirale. Dans le *porrigo* les deux formes de l'inflammation paraissent exister ensemble. »

Cette distinction caractéristique relativement au poil, qui du reste tombe souvent dès le commencement, ne s'applique qu'aux papules et aux pustules qui se forment par l'engorgement de l'orifice du follicule pileux ; mais nullement aux vésicules formées par les conduits excréteurs des glandes sudoripares. Aussi toutes les glandes sébacées ne s'ouvrent-elles pas dans les follicules pileux ; il y en a au contraire un grand nombre qui s'ouvrent à la surface de la peau. Les cellules chargées de graisse ou de pigment ne sont que le résidu de la sécrétion des glandes sébacées, que probablement M. *Henle* n'avait pas suffisamment étudiées à cette époque. — On ne doit pas s'étonner si dans l'examen anatomique des papules et des pustules il n'a trouvé qu'un tissu celluleux dans les interstices duquel il y a épanchement ou dépôt d'une sérosité lymphatique plus ou moins consistante (1), car le conduit excréteur de la glande qui se trouve au milieu des pustules est en général très-difficile à découvrir, puisqu'il est ordinairement comprimé et même souvent collé. La glande elle-même est, le plus souvent, distendue au commencement par le smegma accumulé qui diminue au fur et à mesure que l'exsudation augmente autour d'elle et que la pustule arrive à suppuration.

En général, ce n'est que dans les cas où la papule se change en vésicule que le conduit de la glande demeure perméable, et l'on observe distinctement que la vésicule ouverte, verse beaucoup plus d'humeurs qu'elle n'en pouvait contenir en raison de

(1) M. *Rokitansky* ne paraît pas non plus être arrivé à d'autres résultats ; il dit dans son *Manuel d'anatomie pathologique*, Vol. II, p. 90, à propos des *Inflammations exanthématiques*. « On doit compter pour telles toutes les affections exanthématiques aiguës et chroniques qui, précédées et accompagnées d'inflammation, produisent sur un seul point, sur des points séparés, ou sur une surface d'une certaine étendue, tantôt des vésicules plus ou moins grandes, qui se forment sur la face libre du cutis sous l'épiderme ; tantôt des petits tubercules qui siégent dans le parenchyme du chorion, surtout dans celui du corps papillaire ou dans les couches plus profondes, et qui se terminent, soit par résolution, soit par de petits abcès (pustules), soit par induration ; tantôt enfin des tubercules ou *infractus* tuberculeux, avec participation plus ou moins grande du tissu cellulaire sous-cutané, et qui arrivent aux terminaisons ordinaires, résolution, suppuration ou induration. Nous croyons avoir assigné une place convenable à ces *procès* (produits) pathologiques, puisque l'anatomie n'est pas encore parvenue à démontrer avec évidence leur siége distinct dans les différents organes de la peau. » — A la page 103, Rokitansky ajoute : « *Les glandes sudoripares* et leurs conduits excréteurs subissent sans doute souvent (?) et de différentes manières des altérations qui se manifestent sous forme d'exanthèmes, soit primitivement, soit secondairement ; mais jusqu'à présent les recherches qu'on a faites à ce sujet n'ont *pas amené de résultat.* » — P. 104. « *Les glandes sébacées*, et leurs conduits excréteurs, outre qu'elles deviennent certainement le siége primitif et véritable de beaucoup d'affections exanthématiques, sont souvent sujettes à une dilatation pathologique par suite de l'accumulation de la matière sécrétée épaissie. » — Puis plus bas le même auteur dit : « Dans les grands follicules sébacés, les cellules épidermoïques (*Epidermoïdal-Masse*), se forment en productions cornées. » Mais j'ai démontré (ici c'est M. Rosenbaum qui parle) en 1836 dans le dictionnaire de *Blasius* à l'article *ichthyosis*, et dans l'Encyclopédie de *Schmidt*, que les productions cornées ne sont que des cheveux monstrueux.

sa dimension, et en voici les raisons : la première, c'est que le liquide contenu dans le follicule sort, en même temps, par suite du mouvement péristaltique propre à la glande; la seconde, c'est que la sécrétion de la glande continue, et que le produit de cette sécrétion est versé au dehors par le même mouvement péristaltique au fur et à mesure qu'il se forme. On peut même provoquer artificiellement l'écoulement, en exerçant sur la glande une pression latérale : l'observateur attentif verra alors que la sérosité sort d'un petit enfoncement au milieu de la pustule simple ou de la vésicule. *C. L. Hoffmann* avait déjà consigné toutes ces observations dans son livre *de Variolis*; c'est dans ce livre qu'il cherche à défendre son opinion, que la variole a pour siége des glandes particulières.

Des recherches anatomico-pathologiques sur des cadavres ne suffisent pas pour faire connaître la vérité d'une manière positive; c'est sur des vivants qu'on doit faire des expériences, en provoquant la formation de papules, de vésicules et de pustules par l'application des cantharides, d'huile de moutarde et de tartre stibié, et en suivant et observant à la loupe ce qui se passe. C'est principalement à des recherches de cette espèce que je dois ce que je sais à ce sujet; les glandes sébacées de mon bras gauche sont devenues peu à peu tellement irritables, que je n'ai qu'à frictionner légèrement un endroit quelconque, en comprimant en même temps les veines du membre, pour produire, en peu de secondes, les plus belles papules qui, après cessation de la compression, disparaissent en une à deux heures. Ce n'est que quand une friction plus forte et plus longtemps continuée a eu lieu, qu'il reste çà et là une papule plus développée, qui alors se desquamme à sa proéminence acuminée ou bien montre quelquefois un point de suppuration; ce qui indique qu'elle s'est changée en pustule. En touchant pendant l'opération une papule plus fortement développée avec un morceau de bois imbibé d'huile de moutarde ou de croton, la pointe s'élève en peu de temps en une vésicule, qu'on peut voir naître à la loupe (*). Cette production et disparition de la papule qu'on produit à son gré démontrent avec évidence la fausseté de la théorie qui regarde les papules, etc., comme des *végétations parasitiques*, des *organes de fructification nouvellement formés* (*Fuchs*). — Voir à ce sujet la dissertation de *M. Lessing* : « Symbolæ ad anatomiam cutis pathologicam; Halæ 1841, 34 p. 8°. »

Voici, d'après mes recherches, comment s'opère *la genèse* des formes *élémentaires*: Quand un stimulus agit, soit du dehors, soit du dedans sur une glande sébacée, la sécrétion en est augmentée. Comme le produit de cette sécrétion exagérée ne saurait être rejeté en proportion, il s'accumule dans le follicule qui, en se détachant, s'élève sous la forme d'un tubercule plus ou moins grand. En même temps que la distension du follicule a lieu, le conduit excréteur, qui a un orifice isolé ou qui aboutit à la gaîne du poil (voir note 3, p. 201), se raccourcit, et la glande elle-même est, de cette manière, rapprochée de la surface de la peau. L'orifice prend également une direction plus droite et comprime assez fortement le poil à cause de ses relations avec le follicule pileux. La petite plaque d'épiderme qui forme le canal excréteur est soulevée par suite de la sécrétion de la glande sous forme d'une vésicule qui n'est ordinairement reconnaissable qu'à la loupe; en même temps les vaisseaux de la glande et de son pourtour sont distendus par l'afflux de nombreux globules de sang, ce qui donne origine à un *halo* (disque) rouge; comme d'un côté il se forme sur la glande, autour d'elle et autour de son conduit excréteur, et comme d'un autre les vaisseaux entourent la glande en couronne, il doit nécessairement être *rond*. Aussitôt que l'excrétion a été empêchée, la réaction commence; elle a pour but de délivrer la glande de son contenu; la résorption augmente, et le sang affluant est, de cette manière, tenu éloigné de la glande; la vésicule s'affaisse, tandis que le contenu de la glande diminue. Mais le tissu cellulaire qui l'entoure se gonfle et se montre au-dessus du niveau de la peau sous forme d'une *papule*; sur son sommet qui, en général, présente un léger enfoncement conique, on voit ordinairement encore le poil, quand la glande affectée s'ouvrait dans

(*) M. le D.r Rosenbaum a bien voulu répéter devant moi ces expériences pendant le séjour que j'ai fait à Halle, dans mon voyage médico-littéraire en Allemagne, entrepris sous les auspices de M. le ministre de l'instruction publique. (*Note du Tr.*)

le follicule pileux. Le degré de densité du liquide épanché et accumulé rend le tubercule plus ou moins dur au toucher; la température de la partie affectée s'élève; une sensation de chaleur et de tension, une douleur picotante et quelquefois aiguë démontrent l'irritation du nerf. La température élevée fait évaporer l'eau de la couche de smegma qui se trouve sur la papule; ainsi desséché, il se détache en petites plaques; l'épiderme luisant devient visible au-dessus de la papule. Si l'affection prend une marche rétrograde, si la résorption gagne le dessus, le léger gonflement disparaît peu à peu et avec lui la rougeur; et il est probable qu'en même temps la sécrétion et l'excrétion des glandes sébacées les plus voisines, peut-être aussi celles des glandes sudoripares, s'accroissent; le mouvement péristaltique de la glande affectée augmente; le poil cesse d'être comprimé par le canal excréteur; la plaque de l'épiderme qui fermait ce canal se détache, et très-souvent entraîne le poil avec elle; et c'est ainsi que le canal excréteur devient libre. La sécrétion et l'excrétion de la glande recommencent, en général, avec plus d'intensité, mais avec des interruptions. Il en résulte la desquammation, *furfuratio*, dont le produit, le *furfur*, a été regardé à tort comme de l'épiderme détaché, tandis qu'il n'est rien autre que le résidu de la sécrétion des glandes sébacées; cette sécrétion consiste presque exclusivement en débris des cellules de l'épithélium qui, dans toutes les sécrétions, se détachent des surfaces internes des organes de sécrétion. — On ne doit donc plus attribuer à l'épiderme une grande force régénératrice. — Quand la sécrétion desséchée et détachée forme des plaques plus grandes, on les appelle *squames*.

Plus l'affection s'est développée lentement, plus elle est lente dans sa marche rétrograde; plus, au contraire, elle s'est developpée rapidement, plus sa marche est rapide. Très-souvent il n'y a qu'une congestion artérielle dans la glande et son pourtour, qui alors, à travers la peau, apparaît comme une piqûre (*stigma*). Quand la congestion fait des progrès et que surtout plusieurs glandes ou une des glandes à plusieurs lobules en sont atteintes, il se forme une tache (*macula*). Tous ces phénomènes peuvent être provoqués à volonté par l'injection artificielle faite sur le cadavre de ceux qui ont été affectés pendant leur vie de ces congestions qui ont dilaté les vaisseaux.

Quand, avec la congestion, l'exhalation est augmentée dans les interstices cellulaires du pourtour de la glande, et que celle-ci devient turgescente, alors il naît une *élevure* (appelée *Quaddel* par l'auteur, provincialisme qui signifie dans le sens populaire : phlyctène, ampoule, cloche, vésicule, bulle et aussi bosse) qui cesse d'avoir cette forme aussitôt que plusieurs glandes situées l'une près de l'autre sont ainsi affectées.

Si dans la formation des papules la sécrétion l'emporte, et si dans la sécrétion les parties séreuses prédominent, le dépôt de la lymphe ou du *plasma* au pourtour celluleux de la glande diminue en proportion; la sécrétion de la glande est poussée vers l'orifice du conduit excréteur; la petite vésicule, qui d'abord n'était reconnaissable qu'à la loupe, devient plus visible en croissant et paraît alors comme une véritable *vésicule* de forme hémisphérique; car la colonne liquide ronde se porte par le conduit excréteur rond, de tous côtés, avec une force égale, contre la plaque de l'épiderme, fortement collée avec le poil par l'exsudation; cette plaque étant soulevée en forme hémisphérique, le poil est ordinairement séparé du bulbe et tombe, sans pourtant laisser une ouverture; puisque celle-ci est déjà fermée, soit par les cellules de l'épithélium, poussées vers elle par la sécrétion, soit par la sérosité seule, portée vers elle du dedans. La raison en est que cette ouverture a une direction oblique comme le poil; mais après la macération et quand l'enveloppe de la vésicule a été enlevée, l'ouverture devient plus ou moins visible; la vésicule s'ouvre ou spontanément, car l'enveloppe épidermique n'est susceptible que d'un certain degré d'extension; ou elle est artificiellement détruite, et son contenu s'épanche sur la surface. La quantité du liquide est beaucoup plus considérable que la dimension de la vésicule ne paraît le faire supposer.

De ce liquide et de l'enveloppe de la vésicule il se forme une croûte différente suivant les caractères chimiques du liquide; cette croûte contient, avec les rudiments de ce tégument, un grand nom-

bre de cellules de l'épithélium. Si en même temps la sécrétion séreuse est un peu augmentée aux pourtours de la vésicule, l'adhérence de l'épiderme à sa base se détruit, et, par suite de l'afflux de la sécrétion des glandes, elle se détache dans une plus grande étendue : ceci a également lieu, quand plusieurs glandes voisines sont atteintes en même temps ; de sorte que les vésicules de même que leurs *halos* (disque inflammatoire) deviennent confluents ; c'est ainsi que la vésicule se change en *bulle* : si après en avoir détaché le tégument, on en enlève le contenu et nettoie la partie de la peau, en versant dessus de l'eau tiède et l'essuyant en la pressant légèrement avec de la toile fine, on verra distinctement les orifices des glandes sous la forme de petits enfoncements (*fosses infundibuliformes*), dont on pourra faire sortir un peu de liquide en y exerçant une légère pression latérale. La meilleure manière de suivre tous ces phénomènes est d'appliquer au bras un vésicatoire, qu'on y maintient aussi solidement que pos sible au moyen d'un morceau de fort papier et d'une ficelle ; on ôte le vésicatoire aussitôt qu'il commence à opérer : on voit alors toute la surface qu'il occupait couverte de petites vésicules qui peu à peu, en confluant, forment enfin une bulle ; le liquide qu'elle renferme provient dans sa presque totalité de la sécrétion des glandes sébacées irritées par les cantharides ; en sorte qu'on sera à même d'apprécier combien est grande la faculté sécrétoire de ces glandes. Mais la sécrétion des glandes sudoripares étant en même temps active, leurs conduits excréteurs versent un liquide qui paraît fournir principalement la partie séreuse de celui que contient la bulle. Si donc ce liquide est clair et d'apparence séreuse, on devra en conclure que ce sont surtout les glandes sudoripares qui sont affectées ; si au contraire ce liquide est trouble et épais, ce sont les glandes sébacées. Ce fait nous démontre plus clairement l'action thérapeutique du vésicatoire ; si on l'enlève de bonne heure, la sécrétion est surtout séreuse ; c'est-à-dire que l'action des cantharides ne s'est pas fait sentir d'une manière sensible sur les glandes sébacées, et que c'est seulement l'exhalation de la peau devenue liquide qui s'est accumulée. On comprendra facilement, que des analyses chimiques du contenu des bulles produites par le vésicatoire amèneraient des résultats fort intéressants : il serait donc à souhaiter qu'on s'en occupât sérieusement, et qu'on fît les mêmes recherches sur celui des vésicules et des croûtes des différentes affections de la peau. — Quand les parties solides prédominent dans la sécrétion de la glande, les parois minces et le conduit excreteur de celle-ci ne peuvent en pousser que fort peu au dehors ; c'est pourquoi la matière sécrétée s'accumule dans le follicule, produit une distension de plus en plus grande, et ce qui n'était d'abord qu'un petit bouton devient tubercule. Quand cette augmentation de la sécrétion se fait lentement et graduellement, et que le conduit excréteur continue à être fermé, la distension se fait également avec lenteur : dans les glandes réunies en forme de grappes elle ne s'étend que sur l'un de ces petits sacs ; mais plus tard tous les étranglements qui forment les lobules se détachent, et tous les petits sacs ne forment qu'un gros kyste arrondi qui, en s'épaississant, se manifeste peu à peu comme tumeur enkystée (*tumor cysticus*), à laquelle on donne des noms divers, d'après la différence des matières qui y sont contenues. Le conduit excréteur est généralement oblitéré dans sa longueur ; circonstance qui a empêché grand nombre d'observateurs de connaître exactement la formation de la tumeur enkystée. Quand la glande s'ouvre d'une manière directe et non par le follicule pileux, le conduit excréteur reste perméable, se dilate avec la glande et paraît comme un enfoncement noirâtre sur l'appendice sacciforme qui s'est formé sur la peau ; c'est alors qu'on en pourra faire sortir le liquide plus ou moins facilement par la pression ; mais il se renouvelle bientôt comme on voit dans le *molluscum*.

Quand l'épanchement au pourtour de la glande l'emporte, sans que toutefois la sécrétion de la glande cesse tout à fait, ce qui a lieu le plus souvent, dans les cas où des matières morbides spécifiques ne peuvent être éloignées qu'en partie par la sécrétion des glandes, alors *la pustule* se forme de la papule ou sur le milieu du tubercule. C'est sur le point saillant, là où se trouve l'orifice du conduit excréteur de la glande et où il y a en général du *smegma* induré, qu'a lieu l'exsudation ; des globules de pus s'y produisent, et soulèvent les

plaques de l'épiderme en forme de vésicules : c'est alors que le conduit excréteur se sépare de l'épiderme et que son orifice devient libre. La vésicule s'ouvre, et la petite quantité de *smegma* purulent se dessèche avec les rudiments du tégument, de manière à former une croûte de diverse apparence. C'est sous cette croûte que souvent la sécrétion continue et finit même par la faire tomber; ceci arrive surtout quand la sécrétion de la glande est changée, sous le rapport de la qualité par des dyscrasies. La formation de l'épiderme étant alors empêchée, il naît des ulcères, ou le smegma dégénéré, qui s'est épanché sur la peau, produit des *végétations fongueuses*. Si la sécrétion de la glande cesse à mesure que l'épanchement augmente à son pourtour, le conduit excréteur de la glande, de même que celui du follicule pileux reste attaché à l'épiderme, et retient celui-ci, pendant que le tissu cellulaire, distendu par l'exsudation, s'élève au-dessus du niveau de la peau. Il en résulte la *pustule à enfoncement;* au centre cette pustule ne disparaît qu'après le changement de l'exsudation en suppuration; l'adhérence du conduit excréteur à la cuticule étant alors détruite, celle-ci s'élève comme une vésicule remplie de pus; la pustule prend son cours comme toute autre pustule, Quand l'affection dure longtemps, ou bien toute la glande s'oblitère quelquefois, et la peau qui la recouvre, paraît comme une tache blanche, brillante et un peu enfoncée; ou bien l'inflammation ulcéreuse s'étend tout autour de la glande et détruit même celle-ci, comme par exemple, dans la scrofule et la syphilis. C'est ce qui donne naissance à ces cicatrices profondes et, pour ainsi dire, trouées, qui ne disparaissent jamais, parce que les glandes détruites ne se reproduisent point. Il en est de même quand les glandes sébacées et les follicules pileux sont atteints d'inflammations aiguës : le derme, ne se distendant pas, presse au contraire la glande qui se gangrène, comme dans le furoncle; c'est alors que le pus tâche de se frayer un chemin à travers les conduits excréteurs des glandes détruites : de là, les cicatrices qui font paraître la peau comme percée par un poinçon. Ce sont ces mêmes phénomènes que nous observons dans les bubons des aines et des aisselles; on pourrait même désigner les pustules comme de petits bubons. De la même manière que la vésicule se forme dans les affections des glandes sébacées, elle peut se former aussi à l'orifice du conduit excréteur des *glandes sudoripares :* c'est dans ce cas que, l'orifice étant collé, la sécrétion liquide soulève la cuticule qui la recouvre, comme dans la *miliaire*. Il paraît même quelquefois que la sécrétion gazéiforme des glandes sudoripares suffit déjà pour produire des vésicules, par exemple, dans la miliaire maligne. Nous ignorons si l'affection des glandes sudoripares produit encore d'autres formes élémentaires que des vésicules; nous ne pensons pas qu'il en soit ainsi, parce que leur sécrétion ne devient pas assez consistante; car la matière solide, que contient la transpiration, est le produit de la sécrétion des glandes sébacées. Mais sous ce rapport, il reste encore beaucoup de points à éclaircir.

Je n'ai pu donner ici que des idées générales qui, je l'espère, serviront de point de départ, pour donner une forme plus scientifique à la doctrine des maladies de la peau, jusqu'à présent si confuse. Pour prouver au lecteur à quel point je suis arrivé maintenant, à l'aide de mes recherches, je vais lui soumettre quelques fragments d'une classification, dans laquelle il est surtout tenu compte de la nature des affections de la peau.

A. MALADIES DE L'ÉPIDERME,

Y compris celles du réseau de Malpighi.

Ire CLASSE.

Dérangements des fonctions, sans changements durables de la structure.

1er ORDRE : *Changements de couleur* (*parachromata*).

1er GENRE : absence de pigment (*achromasia*).

1. Universelle : Leucosis ; — Albinos.
2. Partielle :
   - *A*. Par des causes chimiques.
   - *B*. Par des causes vitales : leucopathie (nègre taché).

2e GENRE : excès de pigment (*hyperchromasia*).

1. Universel : Fuscedo, melanosis, cyanosis,

2. Partiel :
A. Par des causes chimiques : — taches faites par le nitrate d'argent, la poudre.
B. Par des causes vitales ; melasma,
C. Par des causes chimico-vitales : — taches de feu, résultat de l'insolation : — éphélides ; — argyria.

3ᵉ GENRE : *changement du pigment*, changement de couleur, *heterochromasia*.
1. Universel : — jaunisse.
2. Partiel : — taches hépatiques, éphélides, etc.

2ᵉ ORDRE : *Epanchements de matières étrangères (apostemata).*

1ᵉʳ GENRE : épanchement d'air (Emphysema cutis).
2ᵉ GENRE : épanchement d'eau (leucophlegmasia, œdema, anasarca).

IIᵉ CLASSE.

Dérangements de la fonction, accompagnés de changements durables de la structure.

1ᵉʳ GENRE : *atrophia*.
2ᵉ GENRE : *hypertrophia* :
1. Par des causes mécaniques : — callus.
2. Par des causes chimiques.
3ᵉ GENRE : *heterotrophia* : — ichthyosis, hystriciasis.

B. MALADIES DU CORIUM.

I. *Maladies du corps papillaire.* Erythème, erysipèle, scarlatine.
II. *Maladies du derme proprement dit :* Dermatitis, atonie (Rides, cicatrices des femmes enceintes). — Atrophia. — Hypertrophia.

C. MALADIES DES VAISSEAUX DE LA PEAU.

I. *Maladies des artères :* nævi artériels.
II. *Maladies des veines :* nævi veineux ; varices.
III. *Maladies des vaisseaux lymphatiques :* Vibices.

D. MALADIES DES NERFS DE LA PEAU.

Iʳᵉ CLASSE.

Dérangement de la fonction.

1ᵉʳ GENRE : Anæsthesia ;
2ᵉ GENRE : hyperæsthesia ;
3ᵉ GENRE : heteræsthesia ;
4ᵉ GENRE : dermatospasmus (horripilatio ; horror ; cutis anserina).

IIᵉ CLASSE.

Dérangements de la fonction, accompagnés de changements de la structure.

1ᵉʳ GENRE : *atrophia* ;
2ᵉ GENRE : *hypertrophia* (Tumores gangliosi) ;
3ᵉ GENRE : *heterotrophia*.

E. MALADIES DU PANNICULE ADIPEUX.

(Pseudoerysipèle (d'après Craigie). — Atrophia (plis de la peau). Hypertrophia (Polypionia ; Lipoma).

F. MALADIES DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ.

Abcès de la peau ; — Hydropsanasarca. Induration du tissu cellulaire ; Eléphantiasis des Arabes.

G. MALADIES DES DÉPENDANCES DE LA PEAU.

Maladies des glandes sébacées.

Iʳᵉ CLASSE.

Dérangement de la fonction.

1ᵉʳ ORDRE : *Sécrétion normale avec excrétion empêchée :* Cutis anserina — Milium. — tubercule simple.

2ᵉ ORDRE. *Sécrétion et excrétion augmentées.*
A. Sans changement de la sécrétion : Cérumen ; chassie, accumulation du smegma du prépuce ; Furfuratio, pytiriasis,
B. Avec changement de la sécrétion : Cutis unctuosa (sueurs grasses). — Grasus (sueurs puantes de la tête, des aisselles, du périnée par suite d'hémorrhoïdes). — Furfuratio arthritica. — Sueurs sanguinolentes par suite d'hémorrhoïdes. — Aménorrhée. — Sueurs laiteuses ? urineuses ? Blennorrhée des glandes des oreilles, des paupières et du gland par la scrofule, la syphilis, etc

3e ORDRE : *Sécrétion augmentée avec excrétion empêchée.*

A. Sans changement du produit sécrété.

1. Par l'action de substances irritantes du dehors; par des substances mécaniques (herpes collaris de Plenk); par des substances minéro-chimiques (pustules du tartre stibié); par des substances végétales (orties, eau de marais); par des substances animales (chenilles, punaises?) par des influences atmosphériques : le soleil (lichen tropicus), les éclairs, l'électricité, l'air. (Plusieurs espèces d'urticaire, de roséole comme catarrhe, catarrhus, *flux* des glandes sébacées?)
2. Par un *stimulus* intérieur d'après les lois de la sympathie et de l'antagonisme, comme suite d'affection des glandes mucipares des intestins, des voies urinaires, etc. (plusieurs espèces d'urticaire et de strophulus).

B. Avec changement du produit de la sécrétion.

1. Les proportions des parties constitutives normales étant changées :
   a. Défaut d'eau (comedones).
   b. Excès d'eau (herpes).
   c. Excès d'albumine (acne).
2. Avec des parties constitutives étrangères.
   a. Sang (lichen livide, pétéchies, morbus maculosus, scorbut).
   b. Urée (uroplanies).
   c. Matière arthritique (arthrophlysis, calculs dans les glandes).
   d. Matière hémorrhoïdale (impetigo.)
   e. Matière scrofuleuse (porrigo).
   f. Matière syphilitique (syphilides).
   g. Matière variolique (variole).
   h. Matière vaccinique (vaccine).
   i. Matière farcineuse et morveuse.
   k. Emanations animales (anthrax).
3. Avec tendance à la génération d'entozoaires : Acariasis (scabies?) phthiriasis; ver de Guinée.

4e ORDRE : *Sécrétion diminuée*, peau sèche.

IIe CLASSE.

Dérangement de la fonction avec changements durables de la structure.

1er GENRE : *atrophia :* Leuce; lupus avec atrophie, avec ossification : clavus;
2e GENRE : *hypertrophia :* Molluscum; Eléphantiasis des Grecs; Lupus avec hypertrophie; tumeurs enkystées; Dermatocyste;
3e GENRE : *hétérotrophia* de la membrane intérieure du kyste. Condyloma; Verruca; Fungus; Cancer.

(*La fin au numéro prochain.*)

OBSERVATIONS.

IMPETIGO DE LA FACE.

Récidive après un avortement à six mois; métrorrhagie abondante. — TRAITEMENT PAR LA SOLUTION D'HYDRO-CHLORATE DE CHAUX. — GUÉRISON.

Hôpital Saint-Louis, service de M. Cazenave.

Louise H..., coloriste, 26 ans. Cette femme dont l'observation a déjà été recueillie pour le service, au commencement de l'année, et publiée (Annales d'Avril 1841), était sortie des salles au mois de mars entièrement guérie, et depuis cette époque jusqu'au moment actuel elle n'a plus eu d'éruption. La figure est restée complétement nette.

Devenue enceinte depuis, elle a fait une fausse couche à six mois, en octobre dernier; cette fausse couche a été occasionnée par une perte abondante qui l'avait beaucoup affaiblie : au bout de quinze jours la malade était complétement remise; les lochies ont été assez abondantes et ont duré de huit à dix jours environ. Il n'y a plus eu de perte depuis; pas d'écoulement non plus. Les seins sont devenus

dures et douloureux. La malade a pris un très-léger purgatif. Depuis ce temps, les règles ne sont pas revenues.

La malade ne fait pas un état fatigant et elle ne s'est exposée dans ces derniers temps à aucune cause capable de développer une éruption.

Vers les premiers jours de décembre la malade a ressenti de la pesanteur de tête et même de la céphalalgie, des tintements dans les oreilles, et une légère tuméfaction de la joue; peu de jours après, de petits boutons parurent sur l'extrémité du nez et laissèrent suinter une humeur visqueuse, transparente, qui se transformait rapidement en croûtes flavescentes. La joue droite se recouvrit à son tour de ces boutons rouges et enflammés; la malade se trouva mieux aussitôt que l'éruption fut complète. Aucun traitement ne fut fait.

Louise H... rentra à Saint-Louis, le 19 décembre 1844, présentant un impetigo qui occupait alors et la joue droite et le nez. Je n'en ferai pas la description. Il ressemble entièrement à l'éruption observée chez la même malade au commencement de l'année. Il y a maintenant un peu de gonflement de la face de ce coté, de la céphalalgie la nuit, et quelques phénomènes de congestion cérébrale.

La seule remarque importante à faire, c'est que la malade, au moment où cette éruption s'est faite, se trouvait comme la première fois dans les conditions où il y a prédominance des fluides blancs dans l'économie, et surtout dans des conditions d'anémie, car elle est assez fortement débilitée depuis la perte qui causa sa fausse couche.

L'on sait qu'il n'y a pas de contradiction dans l'existence simultanée d'un état anémique et d'une congestion d'un organe quel qu'il soit. C'est en raison de cette considération que M. Cazenave crut devoir combattre la congestion vers la tête par des moyens antiphlogistiques, peu énergiques, à la vérité, mais suffisants pour le cas actuel.

En effet, le 21, M. Cazenave prescrit quatre sangsues derrière l'oreille droite. Un soulagement immédiat suivit cette application; et les règles survinrent peu après leur application et durèrent pendant deux jours. Les phénomènes de congestion cérébrale disparurent complétement.

Le 23, tisane de chiendent, réglisse, avec une cuillerée de solution d'hydrochlorate de chaux.

Hydrochlorate de chaux.......	4 gram.
Eau distillée................	150 gram.

Les croûtes du nez sont tombées spontanément.

Le 29, elles se sont renouvelées en une seule nuit sans occuper cependant une surface plus étendue.

Le 30, dans beaucoup de points, les croûtes sont tombées; mais dans d'autres elles se sont renouvelées beaucoup plus épaisses qu'auparavant. L'affection a gagné la lèvre supérieure.

Le 8 janvier 1845, la joue n'est plus tuméfiée, le cercle rouge qui entourait les parties malades a disparu. Les croûtes sèches se détachent par places et au-dessous, la peau, un peu rouge et recouverte de squames très-minces, paraît saine; elle n'est le siége d'aucun suintement. Prescription : 3 cuillerées de solution d'hydrochlorate de chaux, 3 verres d'eau de sedlitz, chaque matin.

L'amélioration continue pendant les jours suivants; sur aucun des points dégarnis, l'éruption ne se renouvelle; on n'y voit que des exfoliations minces, peu adhérentes.

Le 14, l'œil droit est rouge, larmoyant; les croûtes qui entourent la paupière inférieure sont soulevées par un suintement purulent; elles menacent de tomber. La malade dit avoir été exposée, la veille, à un courant d'air. Des lotions émollientes pour l'œil et des onctions avec du cérat sur les croûtes suffirent pour arrêter, en deux jours, ce léger accident. Nulle autre modification n'étant survenue dans l'aspect général de l'affection, rien ne fut changé quant au traitement.

Le 17, les croûtes de la lèvre supérieure sont tombées pendant la nuit, laissant la peau un peu rouge, mais sans excoriation.

Le 26, apparaissent au menton deux boutons qui, en s'ouvrant le lendemain, donnent lieu à deux nouvelles croûtes jaunes, demi-transparentes, mais qui se dessèchent et tombent bientôt sans se renouveler. Les surfaces malades, dont la physionomie générale n'a pas changé, sont dans un état de tension et de sécheresse peu ordinaires.

Ainsi diminuée, l'affection resta plusieurs jours stationnaire; parfois la malade éprouvait des élancements assez vifs dans la joue droite; le soir, un peu de céphalalgie, la sensation d'une chaleur intérieure qui se manifestait par des bouffées irrégulières. L'appétit diminuait beaucoup. Pesanteur à l'épigastre; constipation.

L'éruption cutanée n'en subissait aucune modification; néanmoins le 2 février, eu égard à ces troubles, peu intenses à la vérité, M. Cazenave jugea convenable de suspendre la solution d'hydrochlorate de chaux. Prescription : limonade tartrique, pédiluve sinapisé (bis) diète. En peu de jours, ces légers accidents se calmèrent.

14 février. La malade a eu la veille quatre selles liquides précédées de coliques, mais sans fièvre. Tisane de riz gommé, 1/4 de lavement avec une cuillerée d'amidon et 6 gouttes

de laudanum, cataplasmes sur le ventre, deux bouillons.

16 février. La malade va mieux. Tisane de chiendent, réglisse; 2 portions d'aliments, 2 portions de vin. Deux plaques de la largeur d'un franc, sèches, très-adhérentes restent sur la joue qui est un peu tendue, rouge et le siége de quelques élancements. De temps à autre, on voit apparaître çà et là de petits boutons presque miliaires dont la durée est courte.

Les croûtes du nez forment une couche épaisse qui tombe et se renouvelle souvent par places. La malade éprouve souvent de la céphalalgie, des lassitudes dans les membres, la région lombaire.

Le 28 février les règles survinrent et durèrent un jour seulement; toutefois, la malade se trouva bien soulagée.

29, coliques, diarrhée sans fièvre. Prescription : tisane de riz gommé; 2/4 de lavement amidonné et laudanisé, diète.

Le 6 mars, ces accidents étant dissipés, la malade peut prendre deux portions d'aliments. Tisane de mauve sucrée. Quelques croûtes se détachent et ne sont plus renouvelées les jours suivants. La peau de la joue droite reprend un peu de sa souplesse normale ; les fonctions digestives s'exécutent avec plus d'activité. L'affection semble devoir se terminer bientôt ; aussi rien n'est fait pour hâter la chute des croûtes qui restent encore.

Le 24 mars, la malade demande à sortir de l'hôpital. Deux petites croûtes existent encore, il est vrai, l'une sur la pommette, l'autre sur l'aile droite du nez du côté droit, mais elles sont sèches, mobiles déjà, sur le point de se détacher. Partout ailleurs les tissus ont repris leur souplesse et leur couleur naturelles, en sorte que la guérison peut être considérée comme accomplie.

Cette observation est remarquable au point de vue de l'étiologie et de la nature de l'affection cutanée. Si l'on se rappelle la première relation dont la femme H... a été le sujet, (n° d'avril 1844) on verra qu'après ses couches, elle est constamment sujette à des accidents du même genre, à des diarrhées assez abondantes, avec mouvements fébriles plus ou moins intenses; on verra, d'un autre côté, qu'une première fois aussi, à ces accidents est venu se joindre un symptôme nouveau, caractérisé par une *éruption impétigineuse*, favorisée d'ailleurs par la constitution de la malade. Or, après une guérison que l'on a dû croire complète, Louise H... s'est trouvée dans des conditions analogues; elle est devenue enceinte; elle a éprouvé un avortement à six mois, à la suite d'une métrorrhagie abondante. Les mêmes accidents se sont reproduits, accompagnés encore d'une éruption d'*impetigo*. Ce fait, joint à tant d'autres, ne conduit-il pas très-logiquement à repousser l'habitude de ne voir dans la plupart des maladies de la peau que des maladies spéciales ? Concluons d'après le fait qui est sous nos yeux. Ici, les conditions physiologico-pathologiques, dans lesquelles s'est trouvée la malade, ne suffisent-elles pas pour expliquer le développement de l'éruption à la peau, comme pour expliquer les autres accidents, la diarrhée, etc. ? et maintenant, au lieu de vouloir faire disparaître l'impetigo, par des pratiques spéciales, par un traitement anti dartreux, n'était-il pas tout naturel de s'adresser à la constitution de la malade, de combattre l'état général, les causes enfin résultant des conditions accidentelles, dans lesquelles sa fausse couche l'avait laissée ? C'est ainsi que nous avons procédé, remontant à la cause, par l'étude du développement de la maladie, appliquant au choix du traitement la connaissance même de cette cause, et cette fois encore nous avons vu, à l'aide d'une thérapeutique rationnelle, disparaître avec les autres accidents, cette affection de la peau, contre laquelle eût été, si non dangereux, au moins inutile, l'emploi irréfléchi et routinier de moyens empiriques.

ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES

SIÉGEANT AU SCROTUM.

Observation communiquée par M. le doct. DUTREMBLAI, de Ham.

B... âgé de 70 ans, ancien militaire retraité en 1825, aide maçon depuis sa sortie des vétérans, doué d'un tempérament bilieux, porteur de deux hernies inguinales ayant acquis un volume considérable depuis cinq ans, a toujours mené une conduite régulière, et pour soutenir sa famille est obligé de mendier, sa pension ne suffisant pas à ses besoins et à ceux de sa femme et d'un petit-fils teigneux, âgé de quatorze ans, que cette infirmité empêche d'entrer en apprentissage.

Cet homme, dont les facultés intellectuelles sont assez bornées, a toujours joui d'une santé florissante, il se rappelle seulement avoir eu la gale étant militaire, et quelques douleurs rhumatismales : en 1838, il vit la peau de sa

verge se tuméfier, fournir une espèce de rosée, se durcir peu à peu, puis des espèces de mamelons se former. La verge entière se contourna, les bords du prépuce grossirent. Les urines alors coulèrent souvent goutte à goutte et sans douleur, les érections n'eurent plus lieu et des démangeaisons assez vives se reproduisirent la nuit.

Aucun traitement n'a été employé si ce n'est les feuilles du verbascum thapsus appliquées fraîches et quelques soins de propreté.

ÉTAT ACTUEL.

Aspect général : la peau de la verge et du scrotum est un peu plus foncée que dans l'état naturel.

La verge est contournée assez fortement et légèrement étranglée à la racine ; quelques excoriations existent à la partie qui regarde le scrotum. L'espèce de granulation qui est développée sur le pénis est depuis la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle d'un grain jaune de blé de Turquie, et pour se faire une figure exacte de son aspect on pourrait le comparer à un thymus cuit à l'eau (riz de veau), elle est lobulée comme lui et dans l'intervalle de chaque lobule suinte une gouttelette incolore d'une odeur *sui generis*.

Le scrotum qui a acquis un volume énorme descend à deux pouces des genoux et forme saillie en arrière à deux ou trois pouces des jarrets. Ce poids énorme force le malade à se pencher fortement avant. Cette tumeur est soutenue par un suspensoir en peau dont les courroies passent en se croisant sur les épaules pour venir se rattacher au bandage herniaire double.

La peau du scrotum est couverte latéralement de dartres furfuracées dont quelques-unes laissent exsuder cette sérosité qui existe sur le pénis.

Les coliques assez fréquentes et la démangeaison sont les seuls symptômes qu'accuse le malade. (Le père du malade est mort à 50 ans des suites d'un ulcère aux jambes qui le retint trois ans au lit, sa fille à lui est morte phthisique à 24 ou 25 ans, son petit-fils est teigneux).

Dimensions du pénis.

Longueur	12	centimètres.
Largeur	7 à 8	id.
Circonférence	21	id.

Tumeur scrotale.

Du méat urinaire à la base du scrotum	15	cent.
Largeur au milieu de la tumeur	20	id.
Circonférence de la tumeur	60	id.

REVUE.

RECHERCHES NOUVELLES SUR L'HISTOIRE DE LA SYPHILIS.

EXAMEN HISTORIQUE ET CRITIQUE DES NOUVELLES DOCTRINES MÉDICALES SUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR LE TRAITEMENT DES MALADIES SYPHILITIQUES PAR L'IODURE DE POTASSIUM.

(Suite et fin. Voy. le nº de mars, p. 249.)

Avant les nouvelles doctrines, on regardait trop généralement le mercure comme le spécifique absolu et indispensable de la syphilis, et l'on s'obstinait trop souvent à donner de nouvelles préparations hydrargyriques à des malades qui avaient déjà subi plusieurs traitements mercuriels. On produisait souvent par là des accidents et l'on donnait lieu à divers symptômes morbides que l'on a beaucoup exagérés selon nous, et de la réunion desquels on a formé ce qu'on a appelé *maladie mercurielle*. Aujourd'hui la plupart des médecins sont beaucoup plus circonspects dans l'emploi du mercure ; quand on voit qu'il cesse de produire de bons effets, on le suspend ou l'on a recours à d'autres médicaments que l'expérience de ces derniers temps a fait connaître comme doués des propriétés les plus puissantes dans les syphilis dégénérées, je veux parler ici principalement des préparations d'iode. M. Richond des Brus paraît les avoir employées le premier dans les blennorrhagies et les bubons. Wallace, de Dublin, en a beaucoup étendu l'usage et les a surtout recommandées dans la vérole constitutionnelle ; M. Ricord a fait voir dernièrement qu'elles étaient principalement utiles dans les

symptômes tertiaires de la syphilis et dans les affections du système osseux. Nous avons employé dans plusieurs cas, avec le plus grand succès, l'iodure de potasse et l'iodure de fer, et nous avons guéri ainsi quelques malades qui, sans cela, auraient infailliblement péri. Nous pensons que l'introduction des préparations d'iode dans la thérapeutique de la syphilis est une des belles découvertes des temps modernes, et cette introduction est due en grande partie à l'influence des nouvelles doctrines.

Les nouvelles doctrines ont aussi appelé l'attention des médecins sur l'importance du régime dans la thérapeutique des affections vénériennes. Elles ont sans doute émis des principes exagérés à ce sujet; elles ont souvent imposé une diète trop rigoureuse aux malades; cependant on ne peut nier que si les traitements les mieux appropriés ne sont pas secondés par un régime convenable, ils restent souvent sans effet, et l'on avait quelquefois trop perdu de vue cette vérité, par la confiance trop grande que l'on accordait au spécifique. Enfin, depuis les nouvelles doctrines, on a fait plus d'attention aux symptômes locaux de la syphilis et l'on a perfectionné leur traitement. Ces symptômes persistent dans quelques cas, malgré l'administration des mercuriaux : nous avons quelquefois reçu des malades qui présentaient des ulcères au gosier, des syphilides ou d'autres affections qui avaient résisté à l'emploi prolongé du mercure; ces malades désespéraient de pouvoir récupérer leur santé, et nous les avons guéris à l'aide d'un simple traitement local.

Telles sont les principales améliorations que la thérapeutique de la syphilis doit à l'influence des nouvelles doctrines; mais aussi ces doctrines n'ont-elles pas été funestes à un grand nombre de malades, en leur faisant employer un traitement tout à fait insuffisant, après lequel des accidents consécutifs se sont manifestés? Le repos de bien des familles n'a-t-il pas été troublé parce que plusieurs personnes se sont crues en sûreté, après des guérisons obtenues à l'aide de la méthode antiphlogistique, de quelques cautérisations, ou même de préparations mercurielles données à trop faible dose ou continuées pendant trop peu de temps. Si le nombre des maladies syphilitiques consécutives ou héréditaires a augmenté dans plusieurs villes, nous pensons que c'est en grande partie à l'influence des nouvelles doctrines qu'on doit l'attribuer.

Ce sont sans doute ces considérations pleines d'un grand sens pratique, et sur lesquelles je suis entièrement d'accord avec M. Gauthier, qui l'ont dirigé dans les études intéressantes qu'il a faites sur le traitement de la syphilis par l'iodure de potassium, études qui sont résumées dans le troisième mémoire, dont nous allons nous occuper maintenant.

L'histoire thérapeutique de l'iodure de potassium, surtout depuis l'heureuse application que l'on en a faite au traitement des affections syphilitiques, est un sujet d'étude à la fois grave et important, sur lequel je me propose d'attirer bientôt l'attention de nos lecteurs. Il est arrivé, en effet, pour l'iodure de potassium, ce qui arrive toujours pour les médicaments nouveaux, qui semblent avoir une influence réelle : c'est qu'on l'a appliqué à tout. De sorte qu'aujourd'hui il importe autant de faire connaître les cas dans lesquels son administration est au moins inutile, sinon nuisible, que de faire connaître ceux dans lesquels son efficacité est bien constatée. Son rôle le mieux établi aujourd'hui est évidemment celui de succédané du mercure, et cependant l'expérience m'a démontré qu'il est bien loin de pouvoir toujours le remplacer. M. Gauthier, qui accorde à cet iodure une très-grande valeur, partage, comme on va le voir, cette opinion :

« Nous ne pensons pas, dit-il, que l'on découvre jamais un remède qui puisse toujours remplacer les préparations mercurielles; elles ont rendu et rendront encore d'immenses services dans le traitement de la syphilis. Cependant on a employé, depuis quelques années, un nouveau médicament dont les nombreux succès, bien constatés, sont un sûr garant qu'il ne tombera pas dans l'oubli qui a été le partage de tant d'autres substances qu'on avait préconisées avec enthousiasme; ce remède est l'iodure de potassium. Il est loin, sans doute, de pouvoir toujours remplacer le mercure; mais il est administré avec un immense succès dans le cas où ce métal devient inutile ou nuisible, et dans bien d'autres cas où le mercure guérit, il peut entrer en concurrence avec lui. »

Quoi qu'il en soit, M. Gauthier a d'abord présenté en quelques mots l'histoire de l'iodure de potassium, histoire qui date d'hier, qui tient cependant aujourd'hui une si large place dans les annales de la thérapeutique. Depuis que Coindet en faisait une si heureuse application au traitement de certaines affections constitutionnelles, vingt-cinq années à peine se sont écoulées,

et aujourd'hui l'iodure de potassium a passé par toutes les voies de l'expérimentation : c'est presque une panacée universelle. Après MM. Wallace et Ricord, M. Gauthier l'a employé contre ce que l'on appelle si improprement les *symptômes tertiaires*; et en se renfermant dans cette donnée, il examine les effets généraux de cet agent thérapeutique sur l'économie, l'opportunité de son application, le meilleur mode de l'administrer.

M. Gauthier, qui semble guidé surtout par des règles sévères d'une saine pratique, a contesté, ou du moins singulièrement amoindri la plupart des phénomènes physiologiques attribués à l'iodure de potassium. Reconnaissant avec Wallace qu'il augmente la sécrétion urinaire, il en conclut que le médicament est évacué, presque en totalité, par les divers émonctoires de l'économie; circonstance qui permet de l'administrer souvent à fortes doses. M. Ricord avait attribué à l'iodure de potassium le développement de certaines éruptions pustuleuses, une salivation particulière, une sorte de coryza comme spécial, de la congestion célébrale, et enfin cet état qu'il appelle l'*ivresse iodique;* M. Gauthier juge ainsi ces assertions :

« Quoique j'aie administré l'iodure de potassium à environ 150 malades, je n'ai pas observé quelques-uns des accidents signalés par M. Ricord, ou bien s'ils ont existé, ils ont été si fugaces et si légers, qu'ils n'ont pas fixé mon attention. Cela vient peut-être de ce que j'ai toujours commencé l'iodure de potassium à plus faibles doses que M. Ricord, et que je l'ai rarement porté à de si hautes choses que lui. Au reste, M. Ricord avoue que ces accidents sont rares et qu'on voit des centaines de malades qui ne les éprouvent pas. Il ajoute, au reste, que ces phénomènes disparaissent toujours quand on suspend le remède pendant quelques jours.

« Cinq de mes malades ont éprouvé une salivation évidente qui ne ressemblait point au ptyalisme mercuriel; il y avait sécrétion plus abondante de salive, mais sans gonflement de la langue et sans ulcérations; le voile du palais et la gorge étaient rouges. Je n'ai point suspendu le médicament; j'en ai même augmenté la dose, et cependant la salivation a cessé peu à peu. J'ai vu quelques malades éprouver une véritable éruption cutanée iodique; elle ressemblait à l'eczéma ou à l'acné simple; elle disparaissait quand en cessait le remède ou même quand on diminuait beaucoup sa dose. Ce ne sont pas ceux auxquels j'ai administré les plus grandes quantités du sel iodique qui ont éprouvé de la salivation ou des éruptions cutanées, mais bien ceux qui n'en prenaient que de 1 à 2 grammes. Dans un cas j'ai vu une éruption générale et très-intense survenir pendant l'administration de l'iodure de potassium, mais c'était évidemment une syphilide exanthématique (roséole syphilitique), qui dura un mois, malgré la cessation du médicament et qui ne céda qu'aux frictions avec une légère pommade de calomel et des bains mucilagineux (1). J'ai observé une seule fois de légers étourdissements chez un monsieur qui prenait le remède qui nous occupe. »

M. Gauthier ne croit pas non plus qu'il faille attacher une grande valeur à l'existence d'une douleur épigastrique, signalée par M. Ricord : il n'a observé ni altération sensible du pouls, ni hémorrhagies soit nasales, soit pulmonaires, dépendant bien évidemment de l'administration de l'iodure; et il termine en disant que les seuls effets réels de ce médicament sont : l'augmentation de l'appétit et de l'embonpoint, la coloration du corps, la sécrétion plus abondante de l'urine.

Nous savons déjà que M. Gauthier n'administre l'iodure de potassium que contre la syphilis tertiaire; quelquefois cependant il l'emploie contre des phénomènes simplement secondaires. Je n'ai pas à juger ici cette donnée sur laquelle je reviendrai plus tard; seulement je suis entièrement de l'avis de M. Gauthier, quand il dit que quels que soient d'ailleurs les symptômes syphilitiques, l'iodure de potassium réussit d'autant mieux, que la constitution du malade est plus détériorée. Cette assertion est vraie et donne probablement la mesure de la valeur thérapeutique réelle de l'iodure de potassium.

M. Gauthier s'est occupé ensuite de la question des doses, question très-importante dans une matière où il semble que chacun veuille lutter d'audace et d'étrangeté : voici les limites et les règles qu'il a imposées à l'administration de l'iodure en question :

« J'administre presque toujours, dans le début, l'iodure de potassium à plus faibles doses

(1) Cette circonstance est probablement applicable à un certain nombre de faits de ce genre, et, à ce point de vue, l'éruption iodique pourrait bien rappeler un peu l'*eczéma mercuriel* de certains auteurs.

que M. Ricord et que la plupart des médecins que je viens de citer. Je n'en donne presque jamais plus de 20 à 25 centigrammes en commençant, et je partage toujours cette dose en deux prises. Quelquefois même, quand je craignais que le remède ne fût pas toléré, quand les voies gastriques paraissaient irritées, j'ai commencé par 5 et 10 centigrammes. Mais alors j'augmentais la dose tous les jours. Quand je commence par 25 centigrammes, je double cette dose tous les trois ou quatre jours. Quand je suis parvenu à un gramme, si je vois que les symptômes s'amendent, je continue ainsi pendant plusieurs jours et ensuite j'augmente peu à peu jusqu'à 15 décigrammes ou 2 grammes. Souvent je m'en tiens à ces doses jusqu'à la fin du traitement; assez fréquemment je vais à 3 grammes et bien rarement à 4. Je n'ai observé que deux femmes, d'un tempérament lymphatique, dont l'état cachectique était tellement prononcé et les symptômes tellement rebelles, que j'ai été obligé de pousser la dose jusqu'à 7 et 8 grammes par jour. Mais ce sont là des cas exceptionnels qui ne se présentent que très-rarement, et je pense qu'on ne doit donner des doses aussi élevées qu'à des malades que l'on peut voir tous les jours, afin d'observer avec soin les effets du remède et de le suspendre s'il n'est plus toléré.

« Je crois qu'il est très-essentiel de commencer par une petite dose. Si l'on a observé quelquefois des accidents, c'est toujours parce que, dans les premiers jours, on a fait prendre une trop grande quantité du remède ou parce qu'on a doublé tout à coup une dose déjà forte. J'ai vu un monsieur, âgé de 60 ans, et d'un tempérament sanguin, atteint d'une maladie étrangère à la syphilis, auquel un médecin ordonna, pour le début, 1 gramme d'iodure de potassium par jour. Il fut pris d'un gonflement érysipélateux considérable de la face. Huit jours après, il reprit la même dose; le même symptôme se manifesta, mais à un moindre degré. J'ai observé, comme je l'ai dit plus haut, une malade qui n'a jamais pu supporter plus de 25 centigrammes du remède, malgré les précautions dont j'ai usé. N'aurait-elle pas éprouvé de violents accidents si on lui en avait administré 1 ou 2 grammes dès le début. D'ailleurs, à quoi bon faire prendre de grandes quantités d'un remède actif, si de petites doses peuvent suffire? Quand l'iodure de potassium a guéri mes malades, j'ai presque constamment observé qu'ils éprouvaient une amélioration très-grande avant que la dose eût été portée à 1 gramme, après avoir commencé par 25 centigrammes. Il eût donc été bien inutile de débuter par 1 gramme. Je n'en donne 50 centigrammes le premier jour que quand il y a urgence. Il m'a paru que quelquefois les femmes d'un tempérament lymphatique supportaient bien mieux les fortes doses d'iodure que les hommes. Cependant, comme je n'ai pas pu suivre avec la même exactitude les hommes que j'ai traités, que femmes que je voyais tous les jours à l'Antiquaille, je ne puis donner, à ce sujet, que des conjectures sans rien affirmer de positif.

« Quand je prescris moins de 2 grammes d'iodure chaque jour, je partage cette quantité en deux prises. Quand j'en donne davantage, je la divise en trois fois. Je fais toujours prendre ce remède dans un verre ou deux de tisane mucilagineuse (1); on diminue ainsi son action irritante sur l'estomac. La tisane que je préfère est composée avec deux grammes de salep et 15 grammes de gomme arabique, que l'on fait bouillir dans six verres d'eau. Souvent aussi à l'Antiquaille je donne l'iodure dans de la tisane commune d'orge et de chiendent. Dans cet hospice je fais dissoudre la quantité que je prescris dans 60 grammes d'eau distillée, et on la mélange dans la tisane au moment de la prendre. Je ne donne ordinairement le sel iodique dans la tisane sudorifique ou dans le sirop de Cuisinier, que quand les voies gastriques sont dans un très-bon état.

« Dans les ulcères de la gorge, je ne manque jamais de prescrire un gargarisme iodé : sans cela la guérison serait plus longue. Celui que j'emploie le plus souvent, est composé de 60 centigrammes d'iodure de potassium, 2 grammes de teinture d'iode et 140 grammes d'eau distillée. On touche les ulcérations du gosier avec un pinceau de charpie imbibé de ce mélange; on en introduit aussi dans les fosses nasales quand il y a ozène. Enfin, il doit aussi servir pour laver les ulcères qui existent à la surface du corps; il ôte la fétidité de l'ozène, tout aussi bien que le chlorure d'oxyde de sodium.

« J'ai rarement donné le proto-iodure de mercure concurremment avec l'iodure de potassium, comme le fait M. Ricord. Dans les cas où les préparations hydrargyriques me paraissent convenir en même temps que le sel d'iode, je préfère avoir recours au sirop de deuto-iodure de mercure ioduré de M. Boutigny. Je ne combine l'iodure de potassium avec l'opium que quand il y a nécessité de le faire; autrement je préfère le donner seul.

« On doit continuer l'iodure de potassium pendant quelque temps après que les symptômes ont disparu; autrement on aurait lieu de craindre de les voir reparaître. On doit se guider, sur ce point, d'après la gravité des accidents, la longueur du temps qu'il a fallu

(1) Quand on donne de fortes doses d'iodure de potassium, il est essentiel de l'étendre dans une plus grande quantité de véhicule.

pour les faire disparaître et la manière dont le malade supporte le remède. »

M. Gauthier a fait suivre ces considérations générales d'un certain nombre d'observations, tendant à démontrer les opinions émises par l'auteur. Ces faits sont au nombre de 34, et présentent une série de phénomènes *secondaires* ou *tertiaires*, auxquels l'iodure de potassium a été appliqué avec succès. Nous prenons parmi ces observations, rapportées plutôt en vue des effets du médicament, qu'en vue de la maladie elle-même, quelques exemples qui suffiront pour compléter cette analyse de travaux, qui présentent, je le répète, un grand intérêt, au milieu des productions de tout genre que suscite l'histoire toujours neuve de la syphilis.

15e Observation. — *Syphilide tuberculeuse perforante faisant de grands ravages dans toutes les parties du corps; vastes ulcères au gosier; douleurs ostéocopes; toux; fièvre hectique; dernier degré de dépérissement. Guérison par l'iodure de potassium donné à très-hautes doses.*

Jeannette V..., fille publique, d'un tempérament lymphatique, âgée de 18 ans, ayant déjà eu deux fois des chancres primitifs, entra à l'hospice de l'Antiquaille, le 16 mars 1843, atteinte de tubercules plats à la vulve et d'une vaginite. Les tubercules plats cédèrent à des lotions chlorurées, des pansements avec le cérat auquel on ajoutait du calomel et à des bains de siége avec du sublimé. La vaginite fut plus rebelle. Après sa guérison, des ulcères se manifestèrent au gosier. J'ordonnai le sirop de Cuisinier de troisième cuite et un gargarisme avec une solution de sublimé, puis avec une solution de cyanure de mercure. Ce traitement, quoique continué pendant deux mois, n'amena que peu d'amélioration, et je fus obligé de le suspendre parce qu'il survint des douleurs d'estomac. A cette époque, une syphilide tuberculeuse se manifesta sur tout le corps, et, peu après son apparition, la malade s'étant exposée à un courant d'air froid un jour de pluie, fut prise d'une toux catarrhale qui résista aux opiacés, aux vésicatoires et à tous les remèdes employés; il survint une fièvre hectique avec sueurs colliquatives et émaciation extrême. En même temps les tubercules, dont toute la surface du corps était le siége, prirent un volume considérable; ceux de la face surtout étaient larges, adhérents au derme, dans lequel ils paraissaient pénétrer profondément; plusieurs se couvrirent de croûtes ou s'ulcérèrent; les ulcères du gosier prirent aussi un grand accroissement; la luette fut détruite, le voile du palais envahi; on y voyait, ainsi qu'au pharynx, quelques tubercules sous-muqueux ulcérés; des douleurs ostéocopes dans les membres survinrent pareillement.

Au commencement d'août, Jeannette V... était dans l'état le plus déplorable : un grand nombre de tubercules s'étant ulcérés avaient profondément détruit les tissus où ils siégeaient, tant en surface qu'en profondeur. Il existait un ulcère profond à la joue, de la largeur d'un écu de 5 francs; il en existait de semblables derrière l'oreille, à l'angle externe de l'œil, au-dessous de la mâchoire inférieure et au col; ceux des membres étaient encore plus vastes; ils fournissaient tous une suppuration très-abondante; les règles étaient supprimées depuis deux mois. La fièvre hectique, avec les sueurs nocturnes, avaient réduit la malade au degré le plus affreux de marasme et de faiblesse; elle ne pouvait plus sortir du lit, à cause de la douleur que causaient les tubercules ulcérés; l'appétit était nul et les aliments n'étaient pas supportés.

L'existence de la toux, qui avait résisté aux traitements employés depuis plusieurs mois, me fit croire que Jeannette V..., était atteinte de phthisie pulmonaire. Cependant l'auscultation n'annonçant pas de lésions bien profondes dans la poumon, j'eus recours à l'iodure de potassium sans avoir espoir d'en obtenir du succès. Je commençai par 5 centigrammes, le 18 août, dans une tisane de salep et de gomme; j'augmentai la dose de 5 centigrammes, tous les deux jours; il fut très-bien supporté; il donna de suite de l'appétit. Au bout de huit jours, malgré la petite dose à laquelle je l'administrais, il y avait une amélioration notable; le mal avait cessé de faire des progrès; quelques tubercules se dépouillaient de leurs croûtes; l'aspect des ulcères était meilleur. Au commencement de septembre, la malade était beaucoup mieux, la toux avait presque cessé ainsi que les sueurs; la fièvre avait beaucoup diminué, les tubercules s'affaissaient (iodure de potassium 1 gramme). Vers la fin de septembre, cette fille prenait 3 grammes d'iodure de potassium par jour; une grande partie des ulcères étaient cicatrisés; mais quelques-uns, surtout ceux du gosier, restaient stationnaires. J'augmentai alors la dose du remède : je la portai rapidement à 4 grammes, puis à 5 grammes, puis à 6, en n'augmentant cependant, selon mon usage, le remède que de 25 centigr. chaque fois. Alors l'amélioration devint plus grande; les règles reparurent au commencement de novembre; les ulcères se cicatrisèrent, le remède fut toujours très-bien supporté. Je le cessai à la fin de novembre; la malade en prit alors jusqu'à 8 grammes pendant quel-

ques jours; elle avait recouvré de la fraîcheur et de l'embonpoint; son appétit était dévorant, elle conserva cependant un peu de fréquence dans le pouls (1).

26ᵉ Observation. — *Syphilide pustuleuse phlysaciée générale, guérie par l'iodure de potassium.*

Eugénie B..., âgée de 20 ans, ouvrière, d'un tempérament lymphatico-sanguin, bien réglée, est entrée à l'hospice de l'Antiquaille le 19 juillet 1844. Cette fille a eu des symptômes primitifs dont elle ne sait pas déterminer la nature. Au mois de février dernier, elle a vu se manifester, sur les diverses parties de son corps, une syphilide pustuleuse générale. Depuis la fin de juin, elle a pris de la liqueur de Van-Swieten à la dose d'une cuillerée à café par jour, pendant trois semaines, ce qui n'a produit aucun effet sur sa maladie.

A son entrée, tout son corps est couvert d'une syphilide pustuleuse à grosses pustules (syphilide pustuleuse phlysaciée). Les pustules les plus volumineuses siégent aux jambes et aux cuisses, qui en sont entièrement couvertes; elles ont, la plupart, le volume d'une noisette; leur base est rougeâtre et engorgée; leur centre est rempli de pus; les pustules du ventre, du dos et des bras sont plus petites et en moins grand nombre.

Je commençai l'usage de l'iodure de potassium à la dose de 25 centigrammes. Je fis, en même temps, frictionner les pustules avec une légère pommade de calomel (75 centigrammes de ce sel pour 30 grammes d'axonge). La dose de l'iodure fut augmentée; les pustules s'affaissèrent. A la fin d'août, elles étaient complétement guéries. J'ai continué l'iodure de potassium jusqu'au 12 septembre; la plus forte dose a été de 3 grammes 50 centigrammes. Les pustules de la jambe et de la cuisse ont laissé des cicatrices déprimées, d'une teinte d'un rouge brun; celles du reste du corps sont bien moins apparentes.

Comme cette fille n'était atteinte que de symptômes secondaires, je suis persuadé qu'elle aurait pu être guérie par les préparations mercurielles si elles avaient été données à doses suffisantes. Cependant, comme elle avait pris la liqueur de Van-Swieten sans en éprouver d'amendement, j'ai préféré avoir recours à l'iodure de potassium, et mon traitement a très-bien réussi.

32ᵉ Observation. — *Douleurs ostéocopes sans autres symptômes syphilitiques; l'iodure de potassium en opère la guérison.*

M. L..., âgé de 35 ans, d'un tempérament nerveux et peu robuste, ayant eu plusieurs blennorrhagies qui n'ont cédé que lentement aux traitements employés, a commencé à éprouver, vers 1840, des douleurs dans le milieu des bras et des jambes qu'il a cru d'abord de nature rhumatismale; ces douleurs se sont peu à peu aggravées; elles n'existaient que la nuit et privaient souvent le malade de son sommeil. M. L..., en ayant soupçonné la nature syphilitique, a pris du sirop de Cuisinier, auquel il ne paraît pas qu'on ait ajouté du mercure, et des tisanes sudorifiques. Il n'en a pas éprouvé d'effet sensible. Ayant été consulté par M. L..., dans l'été de 1843, je prescrivis d'abord des bains de vapeur et des vésicatoires. N'en ayant obtenu que peu de succès, j'eus recours à l'iodure de potassium: je commençai par 25 centigrammes par jour, et j'en augmentai peu à peu la dose. Au bout de douze jours, l'amélioration était déjà très-grande. Le vingtième jour, les douleurs avaient entièrement disparu. Le remède a été pris pendant quarante-neuf jours. Comme le malade était sujet à des irritations de l'estomac, la plus forte dose d'iodure que je lui aie fait prendre était d'un gramme par jour (1).

34ᵉ Observation. — *Tubercules sous-muqueux de la langue; ulcère serpigineux de la cuisse; ulcération des piliers du voile du palais; maladie durant depuis plusieurs années, guérie par l'iodure de potassium.*

La femme F..., âgée de 46 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, ayant le goître et des glandes engorgées au col, encore réglée, mais très-peu abondamment, a contracté, il y a quinze ans, une maladie vénérienne qui lui a été communiquée par un nourrisson. Elle

(1) Cette observation offre beaucoup de rapport avec le fait précédent: on voit là deux cas de syphilide tuberculeuse perforante, forme grave qui s'accompagne ordinairement de très-grandes destructions de tissus et que M. Cazenave a très-bien décrite dans son *Traité des syphilides*. Chez ces deux malades, je fus obligé de donner de très-hautes doses d'iodure de potassium, parce que les symptômes, après avoir été beaucoup amendés par le remède, porté à trois grammes, restèrent ensuite stationnaires. Nous sommes d'avis que les cas où une si grande quantité d'iodure devient nécessaire sont extrêmement rares. On pourrait penser que ces fortes doses doivent prévenir des récidives. La quatorzième observation fait voir que l'on se ferait illusion si l'on croyait y parvenir dans tous les cas, puisqu'une femme qui a pris jusqu'à 7 grammes du remède par jour est ensuite retombée malade.

(1) Quoique cette observation ne présente rien de bien remarquable, je la rapporte cependant, parce qu'elle offre un exemple de douleurs ostéocopes isolées de tout autre symptôme syphilitique guéries par l'iodure de potassium. J'ai vu quelques autres cas de ce genre être rebelles à l'action de ce remède et céder au mercure.

eut, pour unique symptôme, des ulcères au sein. Cette femme, qui habite le département de la Loire, entra à cette époque à l'hospice de l'Antiquaille, où on lui fit prendre la liqueur de Van-Swieten pendant un mois. A la suite de ce traitement, elle se porta bien pendant quelques années. Elle a eu ensuite des ulcères à la gorge, quelques tubercules syphilitiques et un ulcère à la cuisse. On a cherché à guérir ces divers symptômes par des pilules mercurielles et des tisanes sudorifiques; mais la malade a pris ces remèdes pendant très-peu de temps, parce qu'elle ne pouvait pas, dit-elle, les supporter.

Cette femme, voyant toujours ses maux s'aggraver, est entrée, pour la seconde fois, à l'hospice de l'Antiquaille le 2 novembre 1844. Sa constitution est bien détériorée; son pouls donne cent pulsations par minute; elle n'a point d'appétit, a souvent des frissons. Les piliers du voile du palais présentent deux ulcérations profondes. Le côté gauche de la langue est le siége de cinq tubercules sous-muqueux qui s'étendent depuis la base de cet organe jusqu'à son milieu; ils ont le volume d'une petite noisette; ils sont durs, rouges, sans fluctuation, ils ont commencé il y a quatre mois environ. En outre, il existe à la partie interne et supérieure de la cuisse gauche, un ulcère serpigineux de la largeur de la main, son centre est cicatrisé, mais la cicatrice est irrégulière et très-difforme; ses bords présentent plusieurs points d'ulcérations avec décollement: les uns ont l'étendue d'une pièce d'un franc, les autres d'un écu de 5 francs.

L'administration de l'iodure de potassium fut commencée, chez cette malade, le 2 novembre, à la dose de 25 centigrammes dans une tisane de gomme et de salep; un gargarisme iodé fut prescrit en même temps. 5 novembre, iodure de potassium 50 centigrammes. 10 novembre, iodure de potassium 75 centigrammes. Les ulcères des piliers du voile du palais sont presque cicatrisés; l'ulcère de la cuisse est beaucoup amélioré; les tubercules de la langue offrent moins de dureté et moins de volume. 15 novembre, l'ulcère de la cuisse est cicatrisé; les tubercules de la langue sont diminués des trois quarts: iodure de potassium 1 gramme. 22 novembre; la résolution des tubercules est presque complète. Le 26 novembre, l'iodure de potassium ayant causé des douleurs épigastriques et de l'insomnie, on en suspendit l'usage pendant quelques jours. Le 1[er] décembre, la résolution des tubercules de la langue est complète (1); l'ulcère de la cuisse est cicatrisé entièrement. L'iodure a été continué jusqu'à la fin de décembre; sa plus forte dose a été de 15 décigrammes. On a été quelquefois obligé de le suspendre parce qu'il était mal supporté. Quoique l'iodure de potassium ait très-bien guéri cette femme, il a peu augmenté l'appétit chez elle et n'a pas non plus augmenté l'embonpoint; le pouls est resté fréquent.

M. Gauthier fait suivre ces observations des réflexions suivantes, qui nous donnent la mesure de l'esprit de conscience et de modestie qui préside à ses travaux :

Tels sont les faits les plus saillants que j'ai pu recueillir, soit à l'hospice de l'Antiquaille, soit dans ma pratique civile, sur l'efficacité de l'iodure de potassium. Plusieurs de mes observations n'offrent peut-être pas tous les détails désirables sur les antécédents des malades et sur la série de symptômes primitifs et consécutifs qu'ils ont éprouvés; mais ces détails ne sont pas toujours faciles à obtenir, surtout chez les femmes qui n'accusent souvent, pour tout accident primitif, qu'une leuchorrée et qui fréquemment ignorent si elles ont eu des chancres. Dans bien des cas aussi, il est très-difficile de savoir si les malades ont pris du mercure; souvent on leur a prescrit des sirops sudorifiques, et l'on ignore si l'on y avait ajouté des préparations mercurielles. Il serait cependant bien essentiel de le savoir quand on veut administrer le traitement le plus convenable.

J'aurais pu rapporter un bien plus grand nombre d'observations constatant la grande efficacité de l'iodure de potassium dans les symptômes secondaires et tertiaires de la syphilis. Mais il est plusieurs de ces observations qui ont la plus grande analogie avec celles que je donne ici; il en est beaucoup aussi sur lesquelles je n'ai pas recueilli des détails. Ainsi, j'ai guéri trois malades atteintes d'onglades syphilitiques; mais le traitement a toujours été un peu long. J'ai aussi vu cicatriser, à l'aide de l'iodure de potassium, plusieurs fistules siégeant à la fesse, qui communiquaient entre elles, qui pénétraient jusqu'au sacrum, de la carie duquel elles dépendaient

(1) Les tubercules profonds du tissu cellulaire sous-muqueux de la langue sont un symptôme tertiaire que j'ai rarement observé. M. Ricord (*Traité pratique des maladies vénériennes*, pag. 662) dit avoir eu dans son service deux malades qui en étaient atteints. Il ajoute qu'au toucher leur langue semblait être rembourrée de noisettes. M. Ricord dit que, dans ces deux cas, les destructions suppuratives qui survinrent furent horribles. Lorsque M. Ricord observa ces deux malades, il n'employait pas l'iodure de potassium. Nous pensons que si on l'eût mis en usage, on aurait peut-être pu empêcher la suppuration et obtenir la résolution, comme chez la malade dont je donne ici l'histoire.

probablement et qui n'avaient pu recevoir aucune amélioration des injections de nitrate d'argent souvent répétées. Quelquefois chez les femmes qui ont eu plusieurs maladies vénériennes, les parties génitales présentent des déperditions de substance et des perforations ulcérées qui proviennent de la fonte de tubercules profonds de la muqueuse vaginale. J'ai observé quelques cas de ce genre dans le traitement desquels le mercure avait échoué. J'ai obtenu une prompte cicatrisation à l'aide de l'iodure de potassium. J'ai encore, dans mon service à l'Antiquaille, une petite fille âgée de six ans et demi, qui est entrée, il y a trois mois, dans cet hospice, ayant sur diverses parties du corps plus de vingt ulcères consécutifs, dont quelques-uns avaient l'étendue de la main; plusieurs os étaient cariés; le genou gauche était ankylosé et doublé de volume; les muscles, mis à nu par les ulcères, étaient d'une excessive pâleur, ainsi que la langue. Je n'ai jamais vu un semblable état d'anémie; l'iodure de potassium, donné peu à peu jusqu'à la dose de 60 centigrammes par jour, a amené la cicatrisation de presque tous les ulcères; les muscles et la langue ont repris leur coloration naturelle, mais la guérison n'est pas encore assez complète pour que je puisse donner l'histoire détaillée de cette maladie.

Enfin, il est un symptôme syphilitique dans le traitement duquel je crois avoir employé quelquefois l'iodure de potassium avec avantage, c'est l'iritis. Mais comme d'autres médecins prétendent n'en avoir pas obtenu de succès (1) et, comme les cas dans lesquels j'en ai fait usage ne sont pas nombreux, je n'émets mon opinion, à ce sujet, qu'avec réserve. L'iodure de potassium m'a surtout paru avantageux quand l'iritis (ce qui n'est pas très-rare) survient pendant le cours d'un traitement mercuriel. On ne doit pas négliger d'avoir recours en même temps aux évacuations sanguines, aux purgatifs et aux révulsifs. J'ai cru voir que l'emploi de l'iodure de potassium contribuait puissamment à opérer la résorption des épanchements albumineux qui se forment dans les chambres de l'œil. Dans le mois de septembre dernier, j'avais dans mes salles, à l'Antiquaille, une jeune fille de dix-huit ans, qui fut atteinte, pendant son séjour dans cet hospice, d'un iritis de l'œil gauche avec déformation de la pupille et épanchement. Comme cette fille avait eu ses règles peu abondamment, je commençai par faire appliquer 15 sangsues aux cuisses. Le lendemain, je donnai 50 centigrammes d'iodure; j'en portai rapidement la dose à 15 décigrammes, et au bout de douze jours, la malade était guérie. J'avais encore, il y a à peine un mois, dans mon service, un cas d'iritis avec épanchement albumineux considérable. Après une saignée, j'administrai le calomel à haute dose qui produisit une très-forte salivation. Malgré cela la vue resta aussi trouble pendant plusieurs jours. J'administrai alors l'iodure de potassium, dont je portai rapidement la dose à 2 grammes. Je crois qu'il a puissamment contribué à rétablir l'intégrité de la vision. Je pourrais citer trois autres faits qui offrent de l'analogie avec ceux que je viens de rapporter; mais je termine ici mon travail en avouant que sur ce point, comme sur plusieurs autres qui ont rapport à l'administration de l'iodure de potassium, la science a encore besoin de nouvelles expériences.

(1) Les docteurs Kluge et Hauck disent avoir toujours employé sans succès, à l'hôpital de la Charité de Berlin, l'iodure de potassium dans l'iritis. Un médecin anglais, le docteur Hocken, qui a publié un mémoire sur la valeur comparative des préparations de mercure et d'iode dans le traitement de la syphilis (traduit en français dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, de M. Cazenave), prétend aussi que les préparations d'iode sont sans efficacité dans l'iritis, tandis que cette affection est donnée par tous les auteurs comme l'exemple le plus beau et le plus décisif en faveur de l'heureuse influence du mercure. Mais le docteur Hocken paraît plutôt parler, dans son travail, d'après l'expérience des autres médecins que d'après la sienne propre; il ne cite nominativement que le docteur R. Williams, qui rapporte un cas d'inefficacité complète de l'iodure de potassium dans l'iritis.

LEÇONS

SUR LES MALADIES VÉNÉRIENNES,

par le docteur COLLES.

Suite (1).

Gonorrhée. — Le professeur Colles admet la division de la maladie vénérienne en gonorrhée et syphilis, sans chercher cependant à discuter si ces deux maladies tirent leur origine d'un même virus : ce qui est certain pour lui, c'est que leur traitement est fort différent. « J'ai, ajoute-t-il, des raisons suffisantes pour croire que la gonorrhée est plus qu'un simple écoulement purulent, qu'elle provient d'un virus particulier et est susceptible de se propager d'une manière identique par le contact; mais à l'exception de ce rapport comme de la voie par laquelle l'infection a lieu, c'est à peine si on trouve un trait de ressemblance entre la gonorrhée et la syphilis. Cette dernière, en effet, ne guérit jamais d'elle-même,

(1) Voir le numéro de février, p. 280.

du moins dans nos pays, tandis qu'on sait très-bien qu'après un temps plus ou moins long, c'est-à-dire dans l'espace de quatre ou cinq semaines, chez un homme d'une bonne constitution et qui n'est pas exposé à une fatigue excessive, la gonorrhée guérit seule et sans qu'on ait besoin d'avoir recours à aucun traitement particulier. Si la matière de la gonorrhée est mise en contact avec l'œil, elle développe une violente inflammation de la conjonctive, qui offre des caractères assez particuliers pour qu'on l'ait désignée sous le nom d'ophthalmie gonorrhéique, mais jamais elle ne produit le véritable iritis syphilitique. Si cette matière est appliquée sur une portion excoriée de la peau, elle y détermine la production d'un ulcère; mais celui-ci sera tout différent de ceux qui se développent sous l'influence du virus syphilitique, il pourra guérir par de simples remèdes locaux et ne sera jamais suivi de ces affections constitutionnelles ou secondaires qui dénotent la présence dans l'économie d'un virus vénérien, dont la guérison certaine ne peut être obtenue qu'à l'aide du mercure. Combien sont différents, et le bubon qui se développe sous l'influence de la syphilis et celui qui naît pendant une gonorrhée! le premier tend fortement à suppurer, le second ne suppure jamais ou bien rarement. Ces différences doivent vous faire comprendre qu'il serait inutile et même hors de propos de soumettre un individu à un traitement mercuriel pour une simple gonorrhée. » — L'auteur donne, de la marche de la gonorrhée, une description qui ne présente rien de particulier et établit ensuite le diagnostic différentiel entre cette maladie et d'autres, telles que les rétrécissements de l'urètre, les maladies des voies urinaires, etc.

... C'est d'après l'histoire des cas qui s'offrent à l'observation, surtout d'après la manière dont la maladie a débuté que l'on peut établir son opinion. Y a-t-il rétrécissement de l'urètre? l'écoulement paraît ordinairement dès le lendemain du coït, et on ne retrouve aucun des premiers symptômes qui accompagnent la gonorrhée; la quantité de matière qui s'écoule de l'urètre, soit immédiatement après l'apparition de la gonorrhée, soit encore un peu plus tard, est aussi abondante qu'elle pourrait l'être au bout de deux ou trois semaines dans la gonorrhée. La cuisson n'est pas à beaucoup près aussi vive dans le rétrécissement que dans cette dernière maladie; enfin, si l'on soupçonne un rétrécissement, l'introduction d'une bougie éclairera complétement la question. Dans ce cas, traitez le rétrécissement, et l'écoulement disparaîtra, ainsi que la disposition qu'on a à le contracter. Si l'on ne trouve pas de rétrécissement, il faut se rappeler qu'une affection chronique de la vessie, qu'elle provienne de la présence d'une pierre ou de toute autre cause, peut déterminer une gonorrhée, et à l'aide d'une investigation convenable l'on arrive à la connaissance de la vérité. Il est des cas cependant où l'on ne découvre aucune affection organique des voies urinaires; si vous n'avez pas lieu de supposer, d'après les habitudes du malade, un écoulement gonorrhéique, informez-vous s'il est sujet à des accès de goutte, et s'il en est ainsi, en appliquant un traitement à la goutte, vous verrez l'affection urétrale disparaître. Le rhumatisme, et en général les affections métastatiques, peuvent produire sur l'urètre des effets analogues.

Il est un cas qui a quelques traits de ressemblance avec la gonorrhée pour une personne inattentive et dont il est très-nécessaire de connaître la nature; c'est celui dans lequel un malade se plaint d'une cuisson et d'un léger écoulement de l'urètre, rapportant la douleur au point où elle est ressentie habituellement dans la gonorrhée; et pourtant ce n'est pas cette maladie, car la quantité de la matière n'est pas en proportion de la cuisson. En examinant avec soin les parties, on trouve dans l'urètre un chancre placé, non pas à l'orifice de ce canal, mais à la profondeur d'un huitième de pouce; si vous ne distinguez pas un semblable cas et que vous le traitiez comme une simple gonorrhée, votre malade présentera plus tard des symptômes secondaires de la syphilis. Enfin, une autre affection qu'on peut confondre avec l'urétrite gonorrhéique est l'écoulement qui provient d'excoriations existant entre le gland et le prépuce chez les personnes qui ont ce dernier assez long. Rien n'est plus aisé que de s'éclairer sur ce dernier fait.

Comme la gonorrhée, suivant M. Colles, n'introduit aucun vice syphilitique dans l'économie, ce qui a lieu pour les autres affections vénériennes, on n'a besoin de la traiter que comme une affection locale; par conséquent il se montre partisan des injections, et regarde celles qui sont stimulantes, comme les seules avantageuses, pourvu qu'elles soient employées dès le début. Il attribue le peu de succès qu'on en obtient en général, à la manière défectueuse dont elles sont pratiquées.

« Quelques auteurs pensent, ajoute-t-il, que le nombre des cas de gonorrhée excède de beaucoup celui des affections véritablement vénériennes; pour moi, je crois que ceux-là sont beaucoup moins fréquents qu'on ne le suppose, et ma propre expérience m'a démontré que les cas où il y avait chancre étaient bien plus communs. »

Certaines constitutions ne peuvent supporter le traitement antiphlogistique dans la gonorrhée comme dans les autres affections inflammatoires; on voit des gens souffrir beaucoup pendant dix ou douze jours, s'abstenant rigoureusement de toute nourriture animale,

de vin, etc, marchant très-peu et chez lesquels l'écoulement urétral est considérable, mais ténu et d'un mauvais aspect. Changez le traitement, donnez une nourriture un peu succulente, et vous verrez le sommeil revenir, la matière de l'écoulement prendre un meilleur aspect et la maladie se terminer par la guérison.

Lorsqu'un malade a négligé de continuer les injections pendant une dizaine de jours après la cessation de l'écoulement, et que celui-ci revient avec sa première force et ses premiers symptômes, on obtient de très-heureux résultats des injections astringentes, quelle que soit l'acuité des symptômes; le même moyen est excellent lorsque la maladie subsiste depuis trois semaines, sans qu'on ait employé aucun traitement pour la combattre.

On sait que parfois, dans le cours d'une gonorrhée, le malade évacue en urinant une certaine quantité de sang et que quelques chirurgiens, pensant que cela peut provenir d'une abrasion d'une portion de la surface de l'urètre, craignent l'absorption par cette surface de la matière gonorrhéique, ce qui les engage à administrer les préparations mercurielles. M. Colles ne partage nullement cette opinion et ne regarde pas le mercure, donné de manière à produire la salivation comme nécessaire dans aucune des formes de la gonorrhée.

(*La suite à un prochain numéro.*)

LUPUS VORAX *dépendant d'une syphilis constitutionnelle, guéri par l'hydriodate de potasse; par le docteur* HEYLEN D'HERENTHALS, *membre correspondant.*

Quelques praticiens révoquant en doute l'efficacité de l'hydriodate de potasse contre la syphilis constitutionnelle, il ne sera peut-être pas inutile de joindre l'observation suivante aux faits nombreux que la science possède, pour démontrer qu'au moins dans certains cas, ce médicament peut être administré avec un plein succès.

Thérèse P....., âgée de 19 ans, d'un tempérament lymphatique, fille d'un ouvrier, fut atteinte, à l'âge de 4 ans, lorsque des troupes étaient cantonnées dans son village, d'une maladie des parties génitales, caractérisée par de petits ulcères, dont les plus larges, d'après le dire du père, avaient l'étendue d'un centime. Cette affection disparut sous l'application de moyens topiques, et aucun traitement général ne fut institué. L'enfant grandit et ne parut porter aucun germe de maladie. Elle fut réglée à l'âge de 16 ans, et continuait à jouir d'une santé florissante, lorsqu'il y a un an et demi on s'aperçut d'une certaine raucité de la voix, sans que du reste sa constitution parût le moins du monde altérée. La maladie pour laquelle elle vint réclamer mes soins, le 29 septembre, date d'environ un an. Elle a commencé sous la forme d'un petit furoncle qui, situé sur la lèvre supérieure, immédiatement au-dessous du nez, s'est ouvert pour constituer un ulcère; celui-ci, s'étendant de plus en plus, a pris insensiblement les caractères qu'il offre aujourd'hui. Il occupe toute la lèvre supérieure, son fond est inégal, ses chairs blafardes saignent au moindre contact, ses bords sont renversés et présentent des échancrures très-marquées. Il est le siége d'une sécrétion de pus grisâtre, sanieux; le même liquide s'écoule continuellement des narines. Le nez, ayant perdu ses cartilages, est tellement rongé par l'ulcère, qu'il ne forme plus qu'un petit mamelon très-difforme. Le tissu de la lèvre supérieure paraît hypertrophié, les bords de l'ulcère très-relevés et jetés en dehors circonscrivent une solution de continuité, dont la surface égale à peu près celle de la paume de la main. La malade ne présente aucun signe de scrofules ni d'autre dyscrasie. D'après le commémoratif et les caractères objectifs du mal, je crus avoir affaire à un lupus vorax de nature syphilitique, nature qui paraissait avoir été méconnue par les deux médecins consultés avant moi. J'instituai donc un traitement antisyphilitique par l'hydriodate de potasse à la dose d'un gros dans sept onces d'eau à prendre deux cuillerées à bouche dans les 24 heures.

Huit jours après, l'aspect de l'ulcère s'était déjà considérablement amélioré, ses bords étaient affaissés, la sécrétion du pus était moindre, et tout faisait prévoir que le traitement allait avoir une influence favorable sur la maladie. Je continuai la même prescription, seulement j'augmentai la dose d'un demi-gros chaque semaine.

Je ne revis la malade que le 24 octobre, et, à mon grand étonnement, je trouvai ce vaste ulcère presque entièrement fermé; il ne restait plus alors à se cicatriser que l'étendue d'un millimètre; la voix était redevenue beaucoup plus claire. Je touchai des bourgeons charnus de la plaie avec la pierre infernale, et j'augmentai encore d'un demi-gros la dose de l'hydriodate.

Le 3 novembre, tout l'ulcère était cicatrisé, il n'y avait plus d'écoulement par les narines; la fille n'avait pris que cinq gros et demi de médicament.

La lèvre est retirée sur elle-même, de sorte que la cicatrice ne paraît que très-petite, son bord inférieur est retroussé en haut. Le nez est affaissé, et l'ouverture des narines presque fermée. Un bourrelet de la gencive hypertrophiée recouvrait les dents incisives supérieures; je le touchai avec le nitrate acide de mercure. Le médicament avait été continué, de sorte que le 26 novembre la malade en avait pris onze gros. A cette date, tous les symptômes de la maladie étaient dissipés, excepté un léger degré de raucité de la voix, qui ne disparaissait que par moments, excepté aussi le bourrelet de la gencive, que je dus exciser avec des ciseaux.

(*Annales de la Société de Médecine d'Anvers. — Mai 1845.*)

Paris. — Typ. Lacrampe et Comp., rue Damiette, 2.

2ᵉ ANNÉE. — 2ᵉ VOLUME. — Nᵒ 10. — MAI 1845.

ANNALES

DES

MALADIES DE LA PEAU

ET

DE LA SYPHILIS,

PUBLIÉES

Par Alph. CAZENAVE,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Médecine, etc.

Periculosum est credere et non credere.

MALADIES DE LA PEAU.

DE L'INFLUENCE DE LA VARIOLE

SUR QUELQUES

AFFECTIONS CHRONIQUES DE LA PEAU,

Par M. le docteur Legendre,
Ancien interne de l'hôpital des enfants, etc.

Quand on voit se développer une éruption variolique chez un enfant atteint d'une affection chronique de la peau, il est important et curieux tout à la fois de connaître, après les considérations diagnostiques et pronostiques que l'exception variolique est de nature à soulever, quelle sera l'influence de cette fièvre éruptive sur la maladie qui occupe des points plus ou moins étendus de l'enveloppe tégumentaire. L'éruption variolique aggravera-t-elle cette affection, la modifiera-t-elle avantageusement, ou bien ne lui imprimera-t-elle aucun changement? Telles sont les questions qu'on doit se poser en pareil cas.

Il y a donc deux choses à considérer dans le développement de la variole : 1º la perturbation profonde qui s'est opérée dans l'organisme par le fait de l'infection variolique; 2º l'éruption pustuleuse qui lui succède, et qu'on peut considérer comme une dépuration nécessaire après cette infection miasmatique. En vertu de ces deux actions, l'une générale, et l'autre générale et locale tout à la fois, on comprend que dans certains cas, la variole puisse modifier avantageusement, et la cause générale qui a donné naissance à l'affection cutanée, et cette éruption elle-même. Lorsque la variole se développe chez un sujet atteint d'une affection aiguë ou chronique de la peau, on voit toujours en effet les pustules varioliques être beaucoup plus nombreuses et souvent confluentes, là où les éruptions vésiculeuses ou papuleuses sont le plus prononcées, et forment des surfaces un peu étendues. On conçoit dès lors l'action topique que peut exercer l'éruption de la variole au niveau de ces points. Cette action nous semble pouvoir être assimilée à celle que l'on obtient à l'aide de l'application répétée des vésicatoires sur les points malades; méthode thérapeutique qui semble avoir pour effet, comme l'éruption pustuleuse, de modifier la vitalité des surfaces malades, et d'en changer le mode d'inflammation.

Parmi les cas que nous avons été à même d'observer, nous avons vu quelques affections être modifiées avantageusement par le développement de la variole, telles que des affections vésiculeuses et papuleuses, et d'autres n'en subir aucune modification, telle que la teigne faveuse, que cela dépendît du siége anatomique des croûtes de favus, ou de la nature de la maladie.

1re Observation. *Eczéma chronique guéri par le développement d'une éruption variolique.*

Au n° 8 de la salle Sainte-Élisabeth, à l'hôpital des enfants malades, entre, le 4 novembre 1842, la nommée Collery, âgée de 12 ans. Cette jeune fille, assez grande et assez forte pour son âge, est affectée depuis 5 mois d'un eczéma siégeant au niveau des deux dernières phalanges du médius et de l'auriculaire et occupant aussi la première phalange de l'annulaire. Cette éruption vésiculeuse était à peine modifiée, malgré le traitement qu'on avait mis en usage depuis son entrée à l'hôpital, lorsque cette jeune fille est prise le 6 décembre de céphalalgie, de vomissements répétés, avec fièvre et brisement des membres. Le 7, continuation des mêmes symptômes auxquels vient s'ajouter une vive douleur à la région lombaire; aussi malgré la présence au bras gauche de deux cicatrices blanches, arrondies, et réticulées de la largeur d'une pièce de 25 centimes, croyions-nous à l'imminence d'une éruption varioliforme.

Le 9, la fièvre persiste ainsi que les vomissements, qui se répètent dès que la malade a bu un peu de tisane.

Le 10, un peu d'agitation et de délire pendant la nuit; le matin, peau chaude, pouls plein et fréquent, langue humide, blanchâtre, vomissements beaucoup moins fréquents. On remarque aujourd'hui sur le visage et les membres une éruption de boutons rouges, papuleux, qui paraissent devoir être rapportés à une éruption varioliforme à son début. (Mauve garancée; cataplasmes chauds aux pieds; diète.)

11. L'état général ne s'améliore pas, et les vomissements persistent, bien que l'éruption ait continué à se développer; ainsi la face et les membres sont parsemés aujourd'hui de boutons rouges, vésiculeux à leur sommet, mais non encore ombiliqués, et sur la nature desquels il n'y a pas à se tromper. (Même prescription; de plus couvrir la figure avec la pommade suivante : Poix noire 6 parties; cire jaune 10 parties; onguent mercuriel 24 parties.)

Le 12, état général peu satisfaisant, toujours un peu d'agitation et de trouble des idées; les vomissements se manifestent de nouveau avec fréquence, les pustules varioliques grossissent. Cette jeune fille cherche sans cesse à enlever la pommade dont lui a enduit la figure, aussi est-on obligé de lui mettre la camisole de force.

Dans la nuit du 13 au 14 l'agitation a diminué, et ce matin cette jeune malade est calmée, elle ne cherche plus à enlever sa pommade, les vomissements ont enfin cessé, la peau est encore chaude, toutefois le pouls de 120 est descendu à 112. Les pustules, qui sont arrivées à leur quatrième jour, ont grossi, elles sont encore ombiliquées et le liquide qui les distend est encore assez transparent. Sur les doigts de la main gauche, là où siége l'éruption eczémateuse, les pustules varioliques sont confluentes et l'épiderme soulevé forme de larges bulles irrégulières. Dans la soirée la face se gonfle un peu. (Même prescription.)

Le 15 décembre, cinquième jour de l'éruption, la face est plus tuméfiée qu'hier; cependant le gonflement n'est pas assez sensible pour produire l'occlusion des paupières, et c'est vers le bas du visage qu'il est le plus marqué. On enlève aujourd'hui la pommade dont l'application n'a pas été aussi parfaite que possible à cause de l'agitation de la malade; néanmoins les boutons du visage sont restés papuleux et n'ont acquis qu'un petit volume, tandis que sur le corps et sur les membres les pustules sont en pleine suppuration et ne sont plus ombiliquées. Le dos des mains est un peu gonflé.

Le pouls est à 104, peu plein, la chaleur de la peau est modérée; peu de mal de gorge, un peu d'appétit. (Mauve gommée, lait, bouillon.)

Le 16, le gonflement a presque complétement disparu au visage et aux mains, on n'en observe pas aux pieds; les pustules sur le tronc et les membres commencent déjà à se flétrir et à se dessécher au centre. Absence de fièvre, appétit. (Mauve, deux potages.)

Le 18, la malade va très-bien, les pustules sont complétement desséchées.

Le 20, dixième jour de l'éruption, les croûtes qui ont succédé aux pustules sont déjà en grande partie détachées, le visage est toujours parsemé de boutons papuleux mais moins saillants et qui sont le siége d'une légère desquammation furfuracée. L'épiderme, qui au niveau de l'éruption eczémateuse, avait été soulevé sous la forme de phlyctènes par le développement des pustules varioliques confluentes dans ce point, l'épiderme, disons-nous, est tombé en grande partie et laisse à découvert une surface où la peau est mince, un peu rouge, mais parfaitement lisse et sans apparence de nouvelle éruption vésiculeuse.

Le 30 décembre, à la place des points papuleux du visage, on n'aperçoit plus que des taches à peine rougés et sans dépression, et au

niveau des doigts autrefois malades, la peau a repris son aspect naturel et est à peine un peu plus rouge que dans les autres points; on n'y remarque pas la moindre trace de vésicule, et le développement de la varioloïde paraît avoir déterminé la guérison complète de l'eczéma qui durait depuis quatre mois.

Outre l'intérêt que présente cette observation sous le rapport de l'influence heureuse qu'exerça l'éruption variolique sur l'affection eczémateuse, nous appellerons l'attention sur les bons effets de la pommade ectrotique employée dans ce cas.

Parmi plusieurs méthodes proposées pour obtenir l'avortement des pustules varioliques, celle qu'on préfère aujourd'hui est, on le sait, l'application de l'emplâtre de Vigo sur les points que l'on veut préserver de cicatrices. Mais cette pratique est-elle exempte de danger? Oui, pourvu qu'on la borne à des surfaces peu étendues.

Nous ne croyons pas en effet, avec quelques médecins, que la variole soit seulement une maladie de la peau, que sa gravité soit subordonnée à l'étendue de l'éruption pustuleuse, et que si l'on faisait avorter sur un individu toutes les pustules de la face et du corps, la variole deviendrait très-simple. Quelques expérimentations malheureuses sont venues en effet prouver depuis, comme on aurait dû s'y attendre, qu'on ne pouvait pas, sans danger pour la vie, empêcher le développement complet de l'éruption de la variole (1).

Pour nous, comme du reste pour la plupart des médecins, la variole est une maladie générale qui, née sous l'influence de miasmes contagieux, se traduit au dehors par une éruption pustuleuse.

Nous sommes portés à croire que la grande étendue d'une éruption variolique est subordonnée à l'intensité avec laquelle le principe contagieux a agi sur l'économie. Aussi, sans nier que l'inflammation de la presque totalité de l'enveloppe tégumentaire soit sans gravité, nous pensons cependant que l'existence d'une variole confluente est surtout grave, en ce sens qu'elle donne la mesure de la violence avec laquelle le principe contagieux a agi sur l'organisme.

(1) Nouvelles expériences sur la méthode ectrotique de la variole, de M. Serres, par M. Gabriel. (*Archives générales de médecine*, 1835, 1836.)

Le développement régulier de l'éruption variolique est nécessaire au rétablissement de la santé, et ne peut pas être arrêté sans danger, sur une grande surface; mais il résulte pour nous des faits nombreux que nous avons observés à l'hôpital des enfants, dans le service de M. Baudelocque, qu'on peut, sans aucune espèce d'inconvénient, faire avorter l'éruption sur une petite étendue de la peau, sur le visage, par exemple.

On sait combien il est difficile de faire adhérer exactement sur tous les points du visage le masque que l'on a coutume de faire avec du sparadrap de Vigo. Si cela est difficile chez des adultes qui, sentant tout le prix du résultat que l'on cherche à obtenir, se prêtent à cette application, on comprend que cela est presque impossible chez les enfants, à cause de leur peu de raison et de leur indocilité. C'est pour remédier à cet inconvénient que M. Baudelocque a remplacé le masque fait avec le sparadrap de Vigo, par la pommade ectrotique, dont nous avons donné la formule (1). En effet, une fois qu'on a fait légèrement ramollir cette préparation à une douce chaleur, on peut en enduire exactement tous les points du visage, et en renouveler l'application chaque fois que par ses mouvements l'enfant en a enlevé une partie. Cette pommade, tout en jouissant des mêmes propriétés ectrotiques que l'emplâtre de Vigo, étant donc d'une application plus exacte et plus facile, lui est préférable chez les enfants. Nous n'avons jamais vu le moindre accident résulter de cette pratique; aussi en conseillons-nous l'emploi avec confiance. Il nous a semblé seulement que sous son influence, il se manifestait un plus grand nombre de pustules que d'habitude sur les gencives; mais qu'on ne croie pas que nous ayons pris pour une éruption pustuleuse une stomatite mercurielle avec exsudation plastique; non, l'absence de salivation et de fétidité de l'haleine indiquait que le léger gonflement des gencives et les petits points blancs, isolés, arrondis, qui les parsemaient ne dépendaient pas de l'action du mercure que renfermait la pommade. Autant que possible, l'application de cette pommade doit

(1) Cette pommade a été composée, sur la demande de M. Baudelocque, par M. Battaille, pharmacien de l'hôpital des Enfants.

être faite le premier ou le second jour de l'éruption, et quand après l'avoir laissée trois jours en place, on l'enlève, on voit que l'éruption du visage est restée à l'état papuleux, et que les taches qui bientôt les remplacent disparaissent à leur tour, sans laisser la moindre cicatrice.

2e Observation. — *Prurigo presque général, guéri par le développement d'une variole.*

Au n° 2 de la salle Sainte-Catherine, est entrée, le 19 août 1842, la nommée Hugot, âgée de 9 ans, jeune fille brune, maigre, et d'une constitution peu robuste ; elle est atteinte depuis plusieurs années d'une affection papuleuse générale, occupant le visage, les membres et le tronc. Ces parties sont parsemées de saillies papuleuses qui, occasionnant de très-vives démangeaisons, sont excoriées à leur sommet par l'action des ongles, et offrent dans ce point une petite croûte noirâtre, formée par du sang desséché.

Cette enfant était depuis un mois à l'hôpital et on n'observait encore aucune modification du côté de son affection cutanée, lorsque, non vaccinée, elle fut prise, le 15 septembre, d'une variole presque confluente qui suivit une marche régulière.

Le 2 octobre, l'éruption variolique étant complétement desséchée, on donna un bain tiède à l'enfant.

Le 17 octobre, toutes les croûtes qui ont succédé aux pustules de variole sont tombées, on constate l'existence de deux petits abcès sous-cutanés au-devant de l'oreille droite. (Décoction de quinquina. Une potion.)

Le 3 novembre, toute la surface du corps est parsemée de cicatrices déprimées, arrondies, violacées, mais dans l'intervalle des cicatrices la peau est lisse, d'une couleur naturelle, et n'offre plus la moindre trace de saillie papuleuse.

Cette guérison sera-t-elle durable ? c'est ce qu'on ne peut savoir ; mais ce qu'il y a de certain, c'est que pour le moment la variole a eu pour effet de faire disparaître complétement le prurigo, éruption en général fort difficile à modifier.

3e Observation. — *Variole se développant chez un enfant atteint de favus ; l'éruption du cuir chevelu n'en subit aucun changement avantageux.*

Leroux, âgé de 14 ans, d'une forte constitution, non vacciné, atteint de favus depuis deux ans, est transporté, le 10 octobre 1842, du service consacré au traitement de la teigne dans la salle Saint-Jean, offrant tous les phénomènes précurseurs de la variole ; l'éruption apparaît le 14 octobre ; elle est cohérente et suit une marche parfaitement régulière.

18 octobre. Un assez grand nombre de pustules varioliques s'étant développées sur le cuir chevelu, on peut constater que leur siége anatomique est plus profond que celui du favus. Dans plusieurs points en effet on voit des croûtes de favus enchâssées dans l'épaisseur de la paroi externe des pustules varioliques, c'est-à-dire, dans l'épiderme soulevé par les petites collections purulentes que forment les boutons de variole.

23 octobre. L'éruption variolique est en pleine dessiccation ; quant à la teigne, elle n'a pas subi la plus légère modification avantageuse, elle a fait au contraire beaucoup de progrès. Aussi, aujourd'hui, le cuir chevelu est parsemé de nombreuses croûtes jaunes, arrondies, déprimées, de la largeur d'une lentille.

Au moment où ce jeune homme fut transporté de la salle des teigneux dans le service des maladies aiguës, le cuir chevelu rasé depuis peu de temps était parsemé seulement de squames grisâtres, peu épaisses, mais très-adhérentes, et au milieu desquelles il fallait beaucoup d'attention pour découvrir quatre à cinq petites croûtes de favus. Un assez grand nombre de pustules varioliques s'étant développées sur le cuir chevelu, il était intéressant de savoir quelle serait l'influence de la variole sur le favus, d'autant plus que plusieurs de ces pustules s'étaient développées au-dessous des croûtes de favus, et les avaient soulevées. Cette influence modificative fut nulle, comme nous l'avons vu, et la teigne fit au contraire des progrès rapides pendant le temps que dura la variole.

Du reste, si la teigne faveuse est due à la présence d'un cryptogame, et se propage aux parties voisines à l'aide de sporules, on comprendrait que le développement de la variole n'eût aucune prise sur une affection qui serait moins un état morbide qu'une espèce de végétation parasite.

Il semblerait résulter de ces quelques faits, que l'éruption variolique aurait une certaine influence sur la marche des autres affections cutanées. Mais il n'est pas encore permis de poser les limites de cette influence : cette donnée serait cependant importante à établir : c'est à quoi nous tendrons dans de nouvelles recherches sur ce sujet intéressant.

BIBLIOGRAPHIE.

HISTOIRE ET CRITIQUE
DES DOCTRINES
DES MALADIES DE LA PEAU,
CONSIDÉRÉES PARTICULIÈREMENT SOUS LE RAPPORT DE LA GENÈSE DES FORMES ÉLÉMENTAIRES;

par le doct. J. ROSENBAUM.

(Halle, 1844. — 100 pages in-8°.)

TRAD. DE L'ALLEMAND PAR LE Dr. CH. DAREMBERG.

(Suite et fin.)

Il serait facile de considérer de la même manière les maladies des glandes sudoripares, des follicules pileux, et de ceux des ongles; mais je pense que ceci suffira pour donner au lecteur une idée de ma théorie, et lui indiquer en même temps le chemin pour mieux connaître les *cryptogames* de la pathologie, nom que *Michaelis* a donné, avec quelque raison, aux maladies cutanées. Quand cette classification sera complétement terminée, nous nous trouverons en mesure de faire rentrer positivement les différentes affections de la peau et de ses organes dans le système général des maladies.

Personne ne peut mettre en doute que la pathologie générale n'y gagne beaucoup. Quiconque sait que partout sur la peau, à l'exception peut-être de la plante du pied et de la paume de la main, il se trouve à des intervalles d'à peine une ligne des glandes qui sécrètent et absorbent toujours (c'est dans elles que les vaisseaux lymphatiques prennent racine) (1), et sont dans des rapports intimes avec les glandes des membranes muqueuses; quiconque, disons-nous, connaît ces détails, se convaincra facilement que des organes aussi nombreux sont employés par la nature à éliminer les produits pathologiques qui, à leur tour, suivant la diversité de leur nature, doivent exercer une influence différente sur les glandes. Nous trouvons, en effet, *que la plupart des affections de la peau se manifestant par des papules, des pustules et des vésicules, ne sont rien autre que des affections des glandes, formées par des dépôts critiques de produits pathologiques qui se sont formés dans le sang:* opinion admise déjà par les hippocratistes. De même que toutes les crises sont ou imparfaites et sans périodes distinctes, ou parfaites et avec des périodes fixes et qu'elles sont en outre ou chroniques ou aiguës; — de même les affections des glandes se développent et se manifestent sous forme d'exanthèmes chroniques ou aigus: mais cette dernière circonstance est de peu de valeur dans une classification systématique, et elle n'a même presque aucune portée pour la pratique, comme l'expérience l'a prouvé. Ce qu'il importe principalement, c'est de parvenir à découvrir le *procès* pathologique dont les crises ont lieu par la peau; et c'est sous ce rapport, qu'après *Dandy*, *Schœnlein* et plus encore son élève *Fuchs*, ont bien mérité de la science. *Schœnlein* fut le premier qui fit disparaître ce qui avait si longtemps existé, la classe des *exanthèmes aigus*, en attribuant la miliaire au *procès* pathologique rhumatismal; la rougeole au *procès* pathologique catarrhal; les pétéchies au *procès* pathologique typhoïde; la scarlatine et les formes varioliques au *procès* pathologique érysipélateux. Nous partageons sous ce rapport son opinion, en faisant toutefois une exception relativement aux formes varioliques.

Fuchs a suivi son maître dans les points les plus essentiels; mais il a conservé les exanthèmes aigus comme une classe particulière de son système, sous le nom de *dermexanthèses;* sans pourtant que nous ayons été convaincu par les raisons qu'il allègue en faveur de l'indépendance de cette classe et surtout de sa différence avec celle des *dermapostases;* car, comme il dit lui-même (p. 870) «les exanthèmes sont critiques pour leur affection fondamentale, et sont

(1) Voir *Cruishhank* sur la perspiration imperceptible p. 8. « C'est, dit-il, ainsi qu'on pourra s'expliquer l'effet rapide et énergique des onctions mercurielles: les globules du métal entrant plus facilement (les orifices des glandes s'ouvrant par suite de la friction opérée à rebours), et immédiatement dans le système lymphatique, sont conduites vers les glandes lymphatiques et salivaires, où quand même elles sont reçues par les veines, elles détruisent immédiatement la plasticité du sang. »

par conséquent des *dermapostases* » : la volatilité du principe contagieux ne constituant pas une différence essentielle. *Fuchs* a également tort en regardant (p. 866) les changements extérieurs de la peau comme « *reflets des affections de membranes intérieures* » ; les affections des membranes intérieures ne sont, comme les affections de la peau extérieure que des manifestations du *procès* pathologique général, intérieur du sang ; comme affections papuleuses, pustuleuses, vésiculeuses, elles sont, toutes deux, des affections des glandes et se manifestent toujours, plus ou moins, en même temps, puisque le principe contagieux exanthématique, comme produit d'une maladie générale ou fébrile, exige le concours simultané de tout l'appareil glanduleux, pour opérer son dépôt et son excrétion. Il en est de même du *procès* des affections dyscrasiques.

L'ouvrage de *Jahn* (1) contient sous ce rapport des faits nombreux. L'antagonisme qui existe entre les surfaces externe et interne de la peau explique déjà pourquoi l'affection ne peut pas être de la même intensité sur toutes les deux ; car plus les glandes de la peau externe sont atteintes, et plus activement elles cherchent à excréter la matière exanthématique, moins les glandes mucipares ont besoin d'être activées et *vice versa* ; celles-ci sont d'autant plus affectées que celles-là sont moins en état de remplir leurs fonctions. Si les formes élémentaires se manifestent avec un moindre développement sur les muqueuses, la cause en est évidemment que les orifices des glandes ne s'obstruent pas aussi facilement et d'une manière aussi durable, puisque la muqueuse, toujours humide et recouverte d'un épithélium très-mince, oppose une résistance beaucoup moindre ; c'est pour cela qu'on n'observe point d'enfoncement dans les pustules internes : circonstance qui a fait faussement conclure à la non existence de pustules internes dans la variole (*). Enfin, comme le principe contagieux a besoin de lumière et d'air pour parvenir à sa maturité, il est naturel qu'il ait principalement sa tendance vers la surface externe ; qu'il cherche à opérer son excrétion principalement dans les glandes de la peau qui sont en contact continuel avec l'air et la lumière ; c'est pourquoi, à l'époque de son plus grand développement, il paraît seulement sur la peau extérieure et aux orifices des muqueuses, qui, à cause de cela, sont le plus exposées dans tous les *procès* exanthématiques. Si la sécrétion du produit pathologique dans les glandes sébacées est dérangée d'une manière quelconque, et s'il s'ensuit la *répercussion des affections de la peau*, par suite de la résorption de la matière déjà déposée dans les glandes, il faut que d'autres organes excréteurs à l'intérieur se chargent de cette sécrétion. Quand la suppression de l'excrétion, de la résorption, a lieu subitement sur une grande surface de la peau, le sang est vicié dans sa totalité ; quelquefois même il est soudainement privé de toute sa vitalité, comme par l'action du poison le plus violent, et la mort arrive puisque la sécrétion ne peut pas s'opérer sur un autre point avec une vitesse proportionnelle.

Du reste, tous ces phénomènes de répercussion et de transposition de sécrétions sont soumis aux lois trop négligées de la sympathie, regardée jusqu'ici comme une sympathie de surfaces ; puisqu'on considérait la peau comme une membrane homogène ; mais il faut bien savoir maintenant quelle part revient aux glandes sudoripares, quelle part aux glandes sébacées. Pour le moment, nous savons avec certitude que les glandes sébacées, par exemple, ont des rapports sympathiques fort prononcés avec les membranes muqueuses et leurs glandes ; que les glandes sudoripares en ont avec les membranes séreuses ; c'est ainsi qu'après la suppression de la miliaire, il se manifeste un état pathologique des membranes séreuses du thorax, quand la miliaire siégeait sur cette partie ; du péritoine, quand c'était sur l'abdomen. La même sympathie locale a aussi lieu pour les affections des glandes sébacées : leur sécrétion supprimée sur les bras se jette sur la membrane muqueuse de la respiration ; celle des pieds sur le gros intestin ; de même, l'irritation des glandes de la muqueuse des organes génitaux se reflète d'abord sur les glandes sébacées du front et du nez. — On ne saurait nier, ce semble, l'importance de ce point de vue, aussi bien pour la pathologie

(1) Sur l'Histoire naturelle des exanthèmes intérieurs, ou entexanthèmes de Schœnlein ; Eisenach, 1840, in-8.

* J'ai observé une fois des pustules varioliques manifestes dans l'estomac ; j'ai même pu les mouler. (*Note du traducteur.*)

en général, que pour les maladies de la peau en particulier.

Qu'on se rappelle les singulières théories qu'on a imaginées sur la doctrine des affections de la peau. La théorie qui enseigne que la maladie est un parasite ne s'appuie-t-elle pas principalement sur ce que les affections de la peau se manifestent comme papules, pustules, etc.? Et n'a-t-on pas même défini celles-ci: des *végétations parasitiques*, ou même : *des organes de reproduction nouvellement formés* par le *procès* pathologique, produisant des *séminules* (*Saamen*) et le principe contagieux (1)? La pathologie ne permet guère ce langage métaphorique; il ne peut qu'induire en erreur. En effet, c'est dans les glandes que, par suite de leur activité sécrétoire, le *contagium* est déposé avec sa partie matérielle, et qu'il est ainsi excrété du sang; mais l'organe où le dépôt s'est fait n'a pas été nouvellement formé: il existait au contraire depuis longtemps comme glande, quoique peut-être le *procès* exanthématique serve à achever l'acte d'évolution des glandes; sous ce rapport donc la théorie de *Kieser* (2), qui regarde les exanthèmes aigus comme des *procès* nécessaires à la métamorphose interne de l'homme ne serait pas sans valeur. Tout le monde admet maintenant que dans la gonorrhée les glandes mucipares de l'urètre sécrètent le virus gonorrhoïque avec son substratum matériel; pourquoi donc les glandes sébacées ne feraient-elles pas de même du contagium exanthématique?

(1) *Meckel*, dans son *Anatomie humaine*, paraît le premier avoir énoncé cette idée, à moins qu'il ne l'ait empruntée à un médecin de l'école de la philosophie naturelle. « Quant aux exanthèmes, dit-il, la plupart du temps ils ont une forme arrondie; ils donnent naissance à l'exaltation locale de la vie propre du tissu, qui d'un point central s'étend à une distance plus ou moins grande et prend les caractères d'une inflammation, ayant presque toujours pour résultat la formation d'un liquide particulier. On peut les considérer comme des organismes fort imparfaits, ou même comme des tentatives plus ou moins couronnées de succès, pour produire des œufs, auxquels ils ressemblent en raison de leur forme arrondie, et par cette circonstance, qu'ils ne s'élèvent jamais au delà de la formation d'une substance fluide. D'ailleurs, les phénomènes qu'ils présentent dans leur cours sont au fond les mêmes que ceux qu'on observe dans les organismes entiers, depuis leur origine jusqu'à leur mort. » (*Traduction française*, tom. I, p. 493.)

(2) Sur la nature et la signification des Exanthèmes. Programme, Iéna, 1812, 44 p. in-8.

Ce serait trop exiger que de vouloir éclairer entièrement ce qui, jusqu'à présent, a été si obscur; néanmoins je crois avoir ouvert une nouvelle voie, tout en reconnaissant que, jusqu'à ce que l'anatomie et la physiologie de la peau aient fait des progrès notables, la pathologie restera également toujours en arrière. Avant de savoir distinguer les unes des autres, les glandes sébacées, sudoripares et les follicules pileux, il est indispensable de se livrer à de nombreuses recherches, qui ne se font encore que sur une très-petite partie de la peau; tandis qu'une connaissance fort détaillée de toute la surface est nécessaire pour que nous soyons à même de résoudre une foule de questions qui se rapportent à la formation des diverses séries d'affections de la peau. L'analogie avec la muqueuse du canal intestinal et les glandes de Peyer paraît indiquer que les glandes existent dans la peau en forme de groupes : ce qui est prouvé par la différente direction des cheveux, démontrée par *Eschericht* (Archives de physiologie de *Müller*, 1837, 1re livr.); nous trouvons également dans les plantes des groupes réguliers de stomates, que *Meyer* a nommés avec raison *grandulæ cutaneæ*, qui sont également le siége des exanthèmes des plantes, ainsi que *Unger* (1) l'a si bien démontré.

Il paraît que les défenseurs de la nature parasitique et végétale des exanthèmes de la peau n'ont pas suffisamment fait attention à cette opinion, que je regarde à raison comme une preuve importante de la réalité des idées que j'ai émises dans cet ouvrage sur la genèse individuelle des affections de la peau. La faute doit en être attribuée en grande partie à *Unger* même, dominé tout d'abord par le principe du parasitisme de la maladie, qu'il s'efforce de démontrer jusque dans les plantes. En faisant naître les exanthèmes par l'inflammation, il voit dans les sporidies que produisent les exanthèmes des plantes une analogie avec la formation du pus dans les exanthèmes des animaux ; il y trouve la véritable signification du pus, de même que de la pustule qui le produit et le renferme. « *Celle-ci n'est*, dit-il (p. 405), *en effet, rien autre dans l'organisme animal qu'un bouton de fleur ou de fruit; le contenu, les*

(1) Les Exanthèmes des plantes. Vienne, 1833, in-8.

globules de pus, n'en sont que des séminules (contagium) qui peuvent se reproduire. »

Les globules de pus sont animés comme les spermatozoaires. *Gruithuisen* les appelle *infusoires du pus* : ils ont été observés dans la pustule de la variole et de la vaccine, dans la teigne et dans d'autres formes d'exanthèmes. J'en ai trouvé également dans les sporidies (1) des exanthèmes des plantes ; les monades qui les habitent s'y laissent quelquefois reconnaître jusqu'à la maturité complète du spore. Les formations animales des acarides, par exemple dans quelques exanthèmes, ont également des analogies parmi les plantes. En comparant enfin la structure de la pustule et la manière dont elle se développe dans l'organisme végétal et animal, nous trouverons également une grande conformité dans les points essentiels. Le corps papillaire de la peau forme par son renflement une base plus ou moins élevée, sur laquelle, au fur et à mesure du développement ultérieur, l'épiderme se soulève sous forme d'une petite vésicule formée par la lymphe, qui, selon l'espèce de l'exanthème, s'accroît par degrés, devient trouble et se remplit de pus. Si la pustule est d'une plus grande dimension, elle est celluleuse (flabellée) à l'intérieur, comme dans la pustule de la vaccine, de la *psora macrocarpa*, etc. Ce n'est pas seulement le réseau de Malpighi, mais aussi le tissu cellulaire unissant les papilles du corium qui paraît contribuer à cette formation de cellules. Le développement achevé, la pustule s'ouvre à sa pointe ou par un petit trou (*exanthema poro dehiscens*), comme dans la pustule variolique, ou par des fissures (*exanthema fissura dehiscens*), comme dans la vésicule de la gale, dans le bubon de la peste, etc. De cette manière la matière purulente se fraye un chemin au dehors ; une partie se répand et s'évapore, l'autre se dessèche en croûte sur la pustule qui en même temps s'affaisse. Une ressemblance frappante existe ici dans la pustule exanthématique végétale. Les canaux intercellulaires, distendus dans les organes périphériques par la stagnation de la séve, deviennent nécessairement le siége d'un renflement qui s'élève plus ou moins au-dessus de la surface. Peu à peu, sur ce point, marqué par la décoloration, l'épiderme s'élève sous forme de bulle, ordinairement régulière ; tandis que le contenu se change peu à peu en sporidies (pus). L'épiderme ayant atteint son plus haut degré de tension, se rompt aussi soit par une ouverture ronde, comme dans l'*uredo sempervivi*, et en général dans les plantes succulentes et dans celles pourvues de feuilles coriaces, soit par une fissure.

Le lecteur verra que l'erreur de *Unger* consiste en ce qu'il fait naître la pustule de l'organisme animal, du corps papillaire ; erreur que beaucoup d'autres ont partagée avec lui. *La pustule végétale naît*, d'après ses recherches, *par la stagnation du suc des plantes dans les conduits intercellulaires et les trachées dilatées*, qui n'ont aucune ressemblance avec le corps papillaire du derme. Si *Unger* avait cherché dans la peau de l'homme quelque chose d'analogue aux trachées et aux conduits intercellulaires, il n'aurait pas manqué de trouver dans les glandes sébacées le véritable point de comparaison. Mais à l'époque où il publiait son ouvrage, ces glandes étaient presque entièrement tombées dans l'oubli, car ce ne fut qu'en 1835 que MM. *Breschet* et *Roussel de Vauzème* publièrent leurs recherches.

Unger établit encore que les exanthèmes et les entophytes naissent seulement sur les points où il y a de la couleur verte (p. 82) et un véritable épiderme, le plus fréquemment sur la face inférieure des feuilles (p. 85), où se trouvent en général les pores ou les stomates (p. 87). Quand il paraît des entophytes sur d'autres points, il s'y trouve aussi des pores (p. 92) ; les poils et les glandes n'empêchent point la formation d'entophytes ; il paraît même que dans quelques cas les glandes acquièrent la signification de stomates (p. 93) : Le germe de la maladie se développe uniquement, dit Unger (p. 160), dans le système vasculaire des conduits intercellulaires qui amènent la séve ; les trachées deviennent le foyer de l'organisation anormale : autour d'elles se trouvent tous les canaux intercellulaires dilatés, elles reçoivent l'impulsion toujours renouvelée du suc décomposé ; la trachée repousse en arrière le tissu cellulaire adjacent et l'épiderme en avant. C'est ainsi que se forment les premiers rudiments de la pustule exanthématique ; les dilatations des conduits intercel-

(1) P. 336 seqq. *Unger* dit expressément ne pas avoir réussi à déterminer la reproduction par les sporidies.

lulaires se font peu à peu; mais enfin le suc, de plus en plus épaissi et augmenté de quantité, rompt les faibles barrières qui le retiennent, pénètre même dans les trachées et amène ainsi, en chassant l'air, une cessation complète des fonctions respiratoires, du moins dans les parties où ces phénomènes se passent; d'où *Unger* conclut (p. 407) que la formation des entophytes ou *exanthèmes des végétaux est une véritable maladie de la respiration*. Transportant ces idées de la plante à l'homme, *Unger* déclare (p. 409) qu'il regarde ces exanthèmes comme la suite de l'*aliénation* (dérangement) des fonctions respiratoires de la peau (décarbonisation).

J'admets également que sous bien des rapports les exanthèmes sont des maladies de la respiration, mais ce n'est point, ainsi que Unger le fait, en regardant toute la peau sous forme de membrane continue comme organe de cette fonction; je crois plutôt que les glandes dispersées dans son tissu sont les véritables organes de cette respiration ou décarbonisation; j'admets aussi que la cause productrice des exanthèmes n'est pas toujours un dérangement de la respiration de la peau; mais qu'au contraire ils provoquent plus souvent ce dérangement; je soutiens de plus qu'il doit en être de même pour les plantes.

Croyant qu'on n'a pas accordé assez d'attention à la part que prennent les glandes sébacées au phénomène de la respiration, je vais donner à ce sujet quelques éclaircissements, me réservant d'en parler plus explicitement dans un ouvrage que je publierai peut-être plus tard sur l'anatomie et la physiologie de la peau.

Le smegma contient indubitablement une partie considérable de carbone, lequel, comme tout produit de sécrétion, provient du sang; il est évident que celui-ci est toujours délivré, par le grand nombre de glandes, d'une quantité considérable de carbone et que par conséquent l'activité de ces glandes prend une grande part à la décarburation du sang. La respiration des poumons étant empêchée, les glandes sébacées auront nécessairement à enlever au sang une plus grande quantité de carbone; ce qui, par exemple, est démontré par la crasse de la peau chez les phthisiques (1). Quand alors la matière sébacée, sécrétée en plus grande quantité, ne peut pas être excrétée dans une proportion égale, elle s'accumule dans les glandes et les canaux excréteurs, et produit, comme il a été dit plus haut, les papules, etc.

Probablement il en est de même de quelques fièvres dans lesquelles le sang devient plus carboné (*exanthème du choléra*).

Ce qui a lieu dans ces cas, par suite d'un phénomène pathologique, se fait d'une manière normale en été, où il faut des inspirations plus rapides et plus fortes pour attirer et faire arriver dans les poumons la quantité nécessaire d'oxygène, inspirations qui cependant ne sont pas toujours suffisantes; c'est pour cela que les glandes sébacées doivent alors sécréter et sécrètent en effet plus abondamment; mais il en résulte souvent l'eczéma et d'autres affections semblables. Ceci s'observe d'une manière plus manifeste dans le Midi, où la peau paraît toujours comme huilée: dans ces régions, l'air contient en effet peu d'oxygène et est imprégné de beaucoup de matières étrangères. Les glandes sébacées de l'homme du Nord, arrivant dans les pays méridionaux, n'étant pas habituées à une activité aussi énergique, ni à l'action d'une si grande quantité du carbone, sont naturellement affectées de ce changement, et c'est alors qu'on voit se former le *lichen tropicus*, etc. (*) et autres maladies endémiques appartenant aux glandes sébacées; c'est pourquoi les affections de ces glandes forment une grande partie des mala-

(1) *Hauf*, de la crasse de la peau chez les malades : Correspondenzblatt des Würtembergischen ærztlichen Vereins, 1837, vol. II, n° 10. (*Annales de la société de médecine de Wurtemberg.*)

(*) Dans son *Histoire de la Syphilis chez les anciens* (ouvrage dont je vais également faire paraître la traduction dans les *Annales*), l'auteur a déjà indiqué que les glandes sébacées sont dans le Midi les organes d'élimination des produits pathologiques des dyscrasies. De là naissent, suivant lui, sur la peau ces exanthèmes protéiformes auxquels on a donné le nom de lèpre et qu'on a prises pour une forme de maladie idiopathique. — Voy. aussi l'art. *Maalzey* dans l'*Encycl.* de Schmidt. (Supplément.) — Je ne partage pas cette dernière opinion de M. Rosenbaum, je crois que sous le nom de *lèpre* les anciens ont décrit une espèce réelle de maladie; seulement ils ont confondu quelquefois sous le même nom des espèces différentes. Cette confusion est la source de beaucoup de difficultés dans l'histoire de la lèpre; nous tâcherons de les éclaircir un jour. — Voir à ce sujet Hensler *Von abendlændischen Aussatze in Mittelalter, u. s. w. Hamburg*, 1790, in-12. (*Note du traducteur.*)

dies d'acclimatement dans les pays méridionaux.

La faiblesse de la fonction respiratoire jusqu'après la puberté n'est certainement pas sans influence sur la grande fréquence des maladies de la peau dans l'enfance. D'après *Unger* (p. 145) les exanthèmes des végétaux sont aussi très-fréquents sur les jeunes plantes.

Mais les glandes sébacées ne sont pas seulement des organes de la sécrétion : elles servent aussi, comme on l'a vu plus haut, à la résorption, qui paraît être prépondérante dans l'enfance. Ce qui parle en faveur de cette opinion, c'est l'effet salutaire des bains (1), d'une part, et d'une autre, les effets pernicieux des langes et des draps sales et humides pour les enfants : il en résulte souvent chez eux un état cachectique et même dyscrasique. Les glandes elles-mêmes n'absorbent-elles pas des matières que l'air charrie avec lui, et ne les décomposent-elles pas ? Les glandes sudoripares n'absorbent-elles pas aussi bien la vapeur d'eau de l'air qu'elles la secrètent ? (*) Ou ces glandes sont-elles seulement des organes de sécrétion et d'excrétion ?

Mais pour en revenir aux idées d'*Unger*, cet auteur démontre que les épiphytes ont pour *matrice* le suc stagnant dans les trachées. Ce suc n'est lui-même qu'un produit, et pour ainsi dire une sécrétion de la plante qui, après que la stagnation ou le dépôt en ont eu lieu, passe par les différentes altérations, nécessaires pour la production du fongus. Les éléments de cette production se trouvent déjà dans le dépôt, ou ils y surviennent seulement après que le dépôt a eu lieu, et pendant la stagnation. Peut-être l'un et l'autre a lieu ; mais la condition essentielle, c'est l'air; aussi les épiphytes se forment-ils dans les trachées, de même que la moisissure naît sur la muqueuse des trachées et des os aérifères des oiseaux.

Comme la *matrice* du fongus ou des épiphytes est le produit d'une activité anormale antérieure, que le fongus, après avoir été d'abord produit par l'organisme, se nourrit du même produit dont il vient d'être formé, de la même manière que le fœtus de l'oiseau du vitellus, il serait absurde de prétendre que le fongus, avant son existence, constitue la maladie de la plante, la produise et soit entré comme organisme parasite et hostile dans l'organisme maternel. Il est bien vrai qu'il se nourrit, après être formé, de l'organisme maternel, mais cela ne dure qu'autant que celui-ci lui fournit la nourriture; c'est-à-dire tant que continue l'activité morbide, en d'autres termes jusqu'à ce que la guérison ou la mort arrive ; alors le fongus, qui en général se forme sur les parties de la plante jeunes, succulentes et contenant une substance alimentaire trop abondante, peu normale, et renfermant ainsi tous les éléments propres à la formation du fongus, ne trouvant pas d'aliment, le fongus, disons-nous, meurt (1).

(1) Il est connu que la peau n'absorbe que difficilement l'eau pure; MM. *Pouteau* et *Séguin* en ont même nié entièrement l'absorption. On en a faussement attribué la cause à la trop grande densité et à l'incapacité d'imbibition de l'épiderme; tandis que la véritable cause est la couche de smegma qui recouvre continuellement la peau. Quand cette couche est dissoute, l'eau peut pénétrer dans les orifices des glandes sébacées (par lesquelles se fait l'absorption); il résulte des expériences de *Berthold* (*Archives de physiol.*, de Müller, 1838, p. 177-181), que la quantité de l'eau absorbée est en proportion de la durée de l'immersion, que l'absorption se fait plus facilement quand on a ajouté à l'eau de la potasse, du sel, du savon, en un mot, des substances qui dissolvent le smegma ; que l'absorption se fait aussi plus facilement quand l'épiderme a été dénudé, puisqu'alors les orifices des glandes sont mises à nu.

(*) Ces idées sont tout au moins très-hasardées et très-invraisemblables; aucune expérience directe ne paraît les justifier. (*N. du tr.*)

(1) Voici des détails fort intéressants sur les modifications qui se montrent après le dépérissement du fungus (*Unger*, p. 324) :

« En considérant les plantes et leurs parties qui sont affectées d'exanthèmes, nous serons à même de suivre les traces de ces exanthèmes souvent jusqu'à leur dépérissement, si la nature de la plante le permet. Dans les cas où la maladie s'éteint plus tôt que le terme de vie normal de l'individu affecté n'arrive, on voit à tous les endroits où les pustules de l'exanthème s'étaient développées, les cicatrices qui sont restées, comme des taches pâles, et qui intéressent plus ou moins profondément la substance de la plante, taches qui, dans la plupart des cas, présentent une espèce de croûte formée de tissu cellulaire desséché. Dans d'autres cas, lorsque la substance des feuilles est mince, que les pustules sont grandes, nombreuses et très-rapprochées, et que le parenchyme a été altéré dans une certaine étendue avec suspension de ses fonctions, il y a perforation des parties au lieu d'une simple excavation. Cependant, ces feuilles ainsi perforées continuent de verdir, après avoir surmonté la maladie, et présentent des cicatrices sphériques et décolorées qui répondent à l'étendue de la perte de substance. » — La même observation se répète chez l'homme ; ainsi les exanthèmes syphilitiques ou scrofuleux deviennent des ulcères, qui détruisent

Il en est de même des maladies de la peau chez l'homme, qui sont également précédées par un état pathologique dyscrasique, comme, par exemple, la scrofule, l'impétigo. Ces dyscrasies produisent des sécrétions qui à leur tour donnent naissance à des fongus. Comme dans les plantes, ce sont les parties jeunes et succulentes qui se prêtent à la formation du fongus ; de même, nous voyons chez l'homme les enfants, surtout ceux qui sont replets, être particulièrement sujets à ces formations fongueuses, dont le mode de développement n'est guère connu.

Nous ferons remarquer, à ce propos, que, si les exanthèmes fongueux des plantes se produisent plus ou moins souvent sous certaines influences *endémiques* et *épidémiques* (*Unger*, p. 153. 331), il en est de même des formations fongueuses chez l'homme. C'est un fait avéré dès les temps les plus anciens, que des maladies épidémiques des plantes précèdent souvent celles des animaux et des hommes.

Le fongus de la peau naît du produit d'une maladie qui existait déjà ; mais ce produit est une sécrétion destinée à être excrétée à son tour, et qui ne saurait plus s'assimiler à l'organisme. C'est donc cette sécrétion qui, dépourvue sinon du caractère organique, du moins de toute vitalité, devient sujette aux lois et aux influences chimiques, qui donnent naissance au fongus. Voici comment je m'en suis convaincu : à peu près une demi-cuillerée à café de matière sébacée, exprimée d'une glande sébacée, distendue sous la forme du *moluscum*, fut mise dans un verre de montre dans un endroit obscur et humide ; trois ou quatre jours après, la moisissure commençait à s'y produire : malheureusement je n'ai pu l'examiner au microscope. *Moscati*, *Jahn* et d'autres, après avoir recueilli la transpiration de fiévreux, ont vu la moisissure s'y former du précipité ; et il est évident que des particules devenues volatiles du smegma, dégénéré par suite de l'état pathologique, sont mêlées avec cette transpiration (1). En déposant ces *fongus* sur la peau d'une autre personne, ils doivent être mis en contact avec le smegma et y trouver les éléments de leur production, pour continuer d'exister et produire des individus de leur espèce ; quand ces conditions ne sont pas remplies, le fongus transplanté dépérit, et il n'est plus question de reproduction.

Ainsi le fongus ne fait ici rien autre chose qu'éveiller l'état pathologique qui existait déjà, mais qui en apparence sommeillait ; et maintenant cet état, en se développant, présente les mêmes phénomènes que nous avions observés chez le premier individu. Ce n'est donc point un organisme nouveau qui a pénétré dans l'individu, qu'il tenterait de dominer et de terrasser ; mais au contraire, un *procès* déjà existant a été rappelé à la vie ; *procès* dont le pro-

toute la glande sébacée, et comme elle ne peut se reproduire, la cicatrice qui se ferme des côtés et non du fond, paraît toujours profonde, et la peau est pour ainsi dire perforée.

(1) Nous ne saurions, à cette occasion, passer sous silence une erreur très-répandue relativement à la condition de la peau dans le *calor mordax* des fiévreux. On dit qu'il n'y a point de transpiration chez eux et que la peau est inactive ; mais c'est justement le contraire qui a lieu : la transpiration gazéiforme s'y fait trop rapidement ; mais le temps nécessaire manque pour que le gaz passe à l'état liquide. Ce gaz s'échappe trop vite des glandes sudoripares, vers lesquelles se porte continuellement le sang, qui y perd sa partie aqueuse : c'est pourquoi la peau est rouge mais sèche ; la soif est véhémente et les forces diminuent rapidement à cause du phénomène d'évaporation incessante. Pour se convaincre de la justesse de ces remarques, on n'aura qu'à mettre le bras du malade dans un tube de verre, fermé dans le bas et placé dans l'eau froide : en peu de temps le verre se ternit à l'intérieur et le gaz se précipite en gouttes. Il est évident que dans ces cas, des diaphorétiques ne feront qu'ajouter au mal, puisqu'ils augmenteraient encore la congestion si considérable vers la peau et les glandes sudoripares, et en usant les forces du malade, accéléreraient sa mort par l'épuisement. Cependant on voit très-souvent des médecins recourir a l'emploi de ces remèdes, et attendre, en vain, la crise par la transpiration. On comprendra facilement quelle voie le médecin doit suivre ; ce dont il s'agit uniquement, c'est d'arrêter l'exhalation excessive du gaz : pour cela je me suis servi avec succès de frictions avec l'huile de pavot, ou d'huile de jusquiame préparée par coction. On fait d'abord ces frictions sur les membres supérieurs, puis, quelques heures après, sur les membres inférieurs, rarement sur le tronc ; car ce serait dangereux d'enduire en même temps tout d'un coup d'huile la surface entière de la peau, et d'obstruer tous les canaux excréteurs des glandes. Un tel procédé pourrait facilement amener l'apoplexie des poumons ; on voit, en effet, les grenouilles elles-mêmes mourir quand on enduit toute leur peau d'huile. Les aspersions d'eau froide, si souvent employées et recommandées, agissent d'une manière semblable, mais elles sont moins certaines dans leur action et deviennent plus facilement nuisibles. Elles agissent en provoquant une contraction subite de la peau, et par conséquent aussi des orifices des glandes et des canaux excréteurs.

duit fournit les éléments de l'origine d'un organisme nouveau qui se forme en effet.

Les défenseurs du parasitisme ont donc confondu le produit avec l'état pathologique qui le développe. On pourrait nous objecter que la formation du fongus dans le second individu ne s'opère pas par la génération équivoque ; mais que le fongus transplanté ne fait que se reproduire. Ceci ne changerait nullement l'état des choses : car le fongus exige pour sa reproduction de la nourriture, c'est-à-dire, les éléments de sa naissance et de son accroissement; éléments qu'il trouve seulement quand l'état pathologique existant les a déjà produits : il restera donc toujours dépendant de cet état pathologique. Ce que nous venons de dire du fongus se rapporte également aux *acari;* seulement ici la lutte du vitalisme avec le matérialisme, celle des partisans de la génération équivoque avec ceux de la doctrine : *omne animal ab ovo*, se manifeste d'une manière plus distincte. Ce serait aller trop loin que d'entrer maintenant dans les détails de cette discussion ; je dirai seulement que les *acari*, comme les *fongus*, semblent naître originairement par une espèce de génération équivoque ; qu'une fois produits, ils pourront se reproduire par prolification ou par des séminules ou des œufs, dans un sol qui leur fournit l'aliment nécessaire. Incontestablement ils sont la cause occasionnelle qui fait que ces matières nutritives manifestent leur existence; mais ils ne constituent point la *causa efficiens* de ces matières.

Le lecteur verra maintenant que les résultats des recherches d'*Unger* sur la genèse individuelle des épiphytes viennent confirmer les idées que j'ai émises sur la genèse individuelle des affections de la peau chez l'homme.

Le *fongus* et l'*acarus*, transportés sur un autre individu, ne peuvent continuer d'exister que quand ils touchent au produit de la sécrétion et qu'ils pénètrent dans les cavités des glandes ; les mêmes conditions sont exigées pour les principes contagieux qui peuvent s'inoculer, ce qui s'observe très-distinctement dans la vaccine et la syphilis ; il en résultera également pour nous que la méthode de vaccination la plus simple et sûre est la suivante : frotter la peau pour exciter une plus grande activité dans les glandes et pour enlever la couche de smegma desséché ; comprimer le bras à la partie où l'on veut faire l'opération, et tendre ainsi la peau jusqu'à ce que les follicules, dont la congestion a été excitée, présentent un aspect rougeâtre à travers la peau ; enfoncer alors obliquement (en suivant la direction des poils) la lancette dans cet endroit, à la profondeur d'à peu près une ligne ; enfin, retourner la lancette dans l'incision, la retirer et l'essuyer sur l'ouverture. Après environ cinq minutes on verra le follicule s'enfler comme une petite papule ; mais cet état ne dure que quelques minutes, l'exhalation séreuse, excrétée dans les cellules environnantes, est encore absorbée, et par conséquent le gonflement disparaît, la rougeur seule reste ; mais elle s'efface également après quelques heures. La glande ferme son conduit excréteur, comme la matrice son orifice après la fécondation. Son activité, après avoir été paralysée pendant quelques jours (stade de l'incubation) par le principe contagieux inoculé, se réveille d'abord dans les vaisseaux sanguins du follicule, pour commencer la réaction ; alors se déclarent les phénomènes qui précèdent la formation des pustules. La paralysie des vaisseaux lymphatiques, dont *Henle* a parlé (*Journal de médecine rationnelle*, vol. I, livrais. 1, p. 72-87), continue pendant tout le temps (1), et cesse seulement quand la suppuration dans la pustule est presque achevée, et

(1) Le même phénomène s'observe dans la syphilis ; car ici également l'affection reste locale jusqu'à ce que les vaisseaux lymphatiques, par une cause qui n'est pas toujours assez connue, reprennent leur activité. Pour empêcher cette absorption, la nature forme un rempart autour du foyer de suppuration, en remplissant les cellules environnantes de lymphe plastique, et les rendant de cette manière, pour ainsi dire, imperméables. C'est pour cela qu'il est très-imprudent de détruire ce rempart artificiel, puisque les affections secondaires, les bubons, du moins, se déclarent alors avec une grande rapidité. Cette observation peut être vérifiée très-souvent dans les petits ulcères superficiels qui n'ont point ce rempart protecteur (*).

(*) La plupart des syphilographes sont contraires à l'opinion de M. Rosembaum, et admettent que les bubons indurés, c'est-à-dire ceux qui présentent ce *rempart artificiel*, dont parle ici l'auteur, sont précisément ceux qui donnent le plus souvent naissance aux accidents secondaires ; quelques autres, et particulièrement M. Velpeau, admettent que ces accidents se montrent de préférence à la suite de petits chancres simples *et quelquefois* méconnus dans le principe.

(*Note du Traducteur.*)

quand la fièvre de suppuration commence; cette fièvre indique probablement que le vaccin est entré dans la circulation et par conséquent dans toute l'économie. C'est à cette époque que la pustule exige le plus de ménagement; on ne devrait jamais se servir de plus d'une d'entre elles chez le même individu pour la propagation du vaccin.

Je pourrais encore alléguer d'autres preuves pour démontrer de quelle importance est notre exposition de la genèse des formes élémentaires des affections de la peau pour la dermopathologie, de même que pour la pathologie en général; mais je crois que cette exposition suffit pour engager le lecteur sérieux à examiner soigneusement ce sujet, et à le poursuivre lui-même. Mes idées me semblent fournir au lecteur des notions rationnelles sur les formes variables des maladies de la peau; il comprendra comment il est impossible de former des classes, des ordres ou des genres, d'après les différentes formes élémentaires, les papules, les pustules, les vésicules, etc.: ces formes élémentaires n'étant rien autre que les différents degrés de développement du même *procès*, et chaque *procès* pathologique qui se manifeste sur la peau et les glandes, pouvant se montrer sous chacune de ces formes, et les présenter l'une après l'autre ou en même temps : vérité qu'on a été forcé d'admettre depuis longtemps en ce qui concerne la gale, la scrofule et la syphilis. Bref : *il faut reconnaître que le système de Plenk-Willan n'a pas une valeur réelle et durable pour la dermopathologie, qui, tant que ce système a prévalu et prévaudra, n'a pu, ni ne pourra jamais se développer convenablement.*

OBSERVATIONS.

PITYRIASIS. — PITYRIASIS CAPITIS. — PITYRIASIS RUBRA. — COMPLICATION D'ECZEMA, SIÉGEANT DERRIÈRE LES OREILLES. — *Traitement par les amers, les purgatifs, les bains alcalins et les bains de vapeur. — Guérison.*

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Cazenave.

Le 23 janvier 1845 est entrée à Saint-Louis, salle Napoléon, numéro 40, la nommée Joséphine G...... couturière, âgée de 16 ans, née en Belgique.

Cette jeune fille, blonde, délicate, présente tous les attributs d'un tempérament très-lymphatique. Elle a eu dans son enfance, et pendant plusieurs années, des ganglions engorgés au col; pendant plusieurs années aussi, les cils des paupières furent détruits à plusieurs reprises par une blépharite très-intense, qui passa cependant sans laisser de traces. Joséphine a la peau blanche et fine; elle a été réglée à 15 ans pour la première fois; depuis, les règles ont été régulières dans leur retour, mais toujours peu abondantes; elles reviennent deux fois par mois.

Il y a dix-huit mois (la malade avait alors 14 ans et demi), le cuir chevelu devint le siége d'une desquammation légère, qui n'était accompagnée que de démangeaisons très-peu marquées. Les cheveux se couvraient très-rapidement de petites farines, qui tombaient en grande abondance, sous l'action du moindre frottement, et qui se renouvelaient avec une grande rapidité. Soit par l'effet de la maladie, soit par suite des manœuvres de la toilette, ou ce qui est plus probable, des deux à la fois, le cuir chevelu se dégarnit rapidement, et les cheveux finirent par tomber presque tous. La maladie s'étendit bientôt au front et à la face; elle envahit même plus tard le col, mais ce fut toujours au front que la desquammation fut le plus considérable.

A peu près à la même époque, Joséphine fut atteinte d'une éruption, siégeant derrière les oreilles, et caractérisée par des plaques rouges, couvertes de petites vésicules, agglomérées, transparentes, accompagnées d'un

sentiment de chaleur et de cuisson incommode : ces plaques devinrent le siége d'un suintement très-abondant, qui donnait lieu à la formation de petites croûtes minces, molles, tombant facilement, se renouvelant avec rapidité. C'est alors que Joséphine fut réglée pour la première fois, mais l'apparition du flux menstruel ne modifia nullement la maladie. Bien au contraire, l'affection squammeuse, qui était restée jusqu'alors bornée à la tête et au col, commença, il y a sept mois, à s'étendre de nouveau et à envahir le tronc et les membres, qui devinrent le siége de plaques rouges, accompagnées d'une desquammation comme farineuse, moins abondante qu'au cuir chevelu. La malade se contentait de suivre un régime doux et, suivant l'avis d'un médecin qu'elle avait consulté, de prendre quelques bains, de boire de la tisane de houblon. Enfin ne voyant survenir aucune amélioration dans son état, elle se décida à entrer à l'hôpital, où elle se présenta avec les symptômes suivants :

Le cuir chevelu est le siége d'une desquammation très-abondante, sans rougeur, sans inflammation marquée : les cheveux sont rares, grêles, entourés à leur base d'une squame fine qui forme une sorte de collier à un demi-millimètre de la peau ; la malade ne peut se servir du peigne, ou de la brosse sans faire pleuvoir des petits débris, semblables aux parcelles d'un son très-menu : il lui est d'ailleurs impossible de se coiffer, sans compter que le moindre tiraillement opéré sur les cheveux les fait tomber avec une grande facilité : on retrouve là tous les signes du *pityriasis capitis*.

Derrière les oreilles, on remarque des plaques d'un rouge assez vif, recouvertes de petites croûtes d'un jaune grisâtre, très-minces, reposant sur des surfaces suintantes, qui sont excoriées çà et là par l'action des ongles. On retrouve aux bords des oreilles de petites vésicules qui complètent le diagnostic de *l'eczema.*

Tout le visage, le col et la partie supérieure du tronc sont le siége de larges plaques, d'un rouge brunâtre, sans saillie au-dessus de la peau, recouvertes de squames blanchâtres, généralement fines, un peu plus larges et plus épaisses au front, tombant avec abondance par le moindre frottement, se renouvelant avec une grande facilité. C'est le *pityriasis rubra* ; on le retrouve également sur les bras, mais avec plus d'intensité. Les avant-bras présentent à leur face antérieure et interne une coloration d'un rose vif, surmontée de squames blanches, plus larges que partout ailleurs : la peau est en outre rugueuse, saillante, comme épaissie. En général toutes les surfaces malades ne sont le siége que d'une démangeaison rès-légère.

Interrogée sur ses antécédents et sur ceux de sa famille, Joséphine G..... ne donne aucun renseignement qui puisse faire assigner une cause précise à sa maladie. Personne dans sa famille n'a eu d'affection de la peau; quelques contrariétés, qu'elle aurait éprouvées, il y a un ou deux ans, pourraient seules expliquer au moins comme causes occasionnelles, le développement de l'éruption.

Pendant toute la période aiguë de l'eczéma, période qui a duré assez longtemps, cataplasmes de fécule de pommes de terre et de guimauve derrière les oreilles ; plus tard on se contente de saupoudrer avec de l'amidon.

M. Cazenave met en même temps la malade à l'usage d'une tisane amère ; il ordonne tous les jours un verre d'eau de Sedlitz.

Tous les deux jours un bain alcalin.

Ce traitement est continué pendant quinze jours. L'eczéma a disparu, mais l'affection squammeuse est restée stationnaire.

M. Cazenave met la malade à l'usage de la solution de Pearson :(2 grammes pour 125 grammes de sirop de saponaire, deux cuillerées, une le matin, et une autre le soir.) Au bout de huit jours, on porte la solution de Pearson à 4 grammes pour la même quantité de sirop.

Tous les deux jours un bain de vapeur.

Au bout d'un mois, l'amélioration est déjà notable. M. Cazenave laisse reposer la malade pendant huit jours, et recommence l'administration de la solution de Pearson pendant un autre mois.

L'éruption était déjà en grande partie modifiée; les squames se reformaient plus lentement, étaient moins abondantes, quand cette amélioration s'arrêta tout à coup. M. Cazenave renonce aux bains de vapeur, et revient aux bains alcalins; les progrès continuent alors, les plaques rouges du pityriasis rubra s'effacent peu à peu et finissent par disparaître, ne laissant à leur place qu'une desquammation légère, qui disparaît bientôt aussi. La peau des avant-bras a repris toute sa souplesse. Au cuir chevelu l'éruption est plus rebelle; mais c'est là surtout que la guérison est hâtée par les bains alcalins, la malade devant se laver la tête dans l'eau du bain. Enfin le 2 mai, il ne reste aucune trace de cette affection si tenace. Joséphine G....... sort complétement guérie.

IMPETIGO CHRONIQUE, *simulant le sycosis.* TRAITEMENT PAR L'HYDROCHLORATE DE CHAUX, LES BAINS DE VAPEUR, GUÉRISON.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Cazenave.

Rosalie M., âgée de 19 ans, domestique,

est entrée à l'hôpital Saint-Louis, le 5 février 1845; salle Napoléon, n° 2.

Cette malade, d'un tempérament lymphatique, ayant cependant la peau brune, les yeux et les cheveux noirs, a, depuis son enfance, habité la campagne, où elle a été occupée aux travaux des champs. Ses parents, d'une constitution robuste, n'ont jamais éprouvé de maladies graves; ses frères et sœurs ont présenté, dans leur première enfance, cette maladie du cuir chevelu, vulgairement connue sous le nom de *gourme* (impetigo du cuir chevelu); elle-même en a été affectée jusqu'à l'âge de sept ans. A cette époque, la maladie, ayant guéri à la tête, s'est montrée à la cuisse droite, où elle n'a existé du reste que peu de temps. Plusieurs fois M.. a été affectée d engorgement des ganglions lymphatiques du col; cependant elle n'a jamais eu d'ophthalmie, d'otorrhée ou autres accidents scrofuleux! A l'âge de 15 ans, les règles ont apparu pour la première fois; depuis elles ne sont jamais revenues régulièrement; elles ont toujours été très-peu abondantes.

Il y a quatre ans, M... vit sa lèvre supérieure devenir le siége d'une rougeur assez vive, accompagnée de gonflement et de cuisson; puis, sur cette plaque rouge; se développèrent des pustules grosses comme des grains de millet, d'un blanc jaunâtre, qui, déchirés par la malade ou se rompant d'elles-mêmes, laissaient suinter un liquide purulent, qui se concrétait avec rapidité, formant des croûtes jaunes, épaisses, raboteuses. Bientôt l'inflammation envahit toute la lèvre supérieure, et même une partie des joues; puis elle disparaissait après un temps variable; les croûtes se desséchaient et tombaient, laissant après elles une empreinte rouge, mais sans aucune espèce de suintement. Cette guérison apparente ne durait que peu de temps : bientôt de nouvelles pustules se reformaient, reproduisant de nouvelles croûtes qui tombaient à leur tour. Depuis quatre ans, la maladie a persisté, avec cette alternative d'apparitions et de disparitions de la maladie : il y a deux mois, M... vit de nouveau se développer ces petits boutons jaunes auxquels succédaient les croûtes; mais celles-ci, au lieu de tomber au bout de quelques jours, persistèrent au point d'inquiéter la malade, qui demanda alors son admission à l'hôpital.

6 février. La malade présente une agglomération de croûtes peu épaisses, brunâtres, rugueuses, occupant, sous forme de moustaches, l'espace compris entre la lèvre supérieure d'une part, le nez et le sillon labial d'autre part. Ces croûtes sont sillonnées de petites crevasses assez profondes et qui leur impriment un aspect singulier. A travers ces petits sillons, jaillissent quelques poils noirs et fins. Cette dernière circonstance, jointe au siége de l'éruption, à sa forme elle-même, à la séparation des croûtes, pourrait, au premier aspect, faire croire à l'existence d'un sycosis : en effet cette dernière maladie siége là où il y a des poils; elle affecte très fréquemment la lèvre supérieure, et y présente assez volontiers la disposition en moustaches; or ces deux circonstances existaient chez la malade. Mais en examinant plus attentivement, on comprenait que ces croûtes mollasses, épaisses, jaunâtres, comme déposées à la surface de la peau, ne pouvaient pas appartenir au sycosis, dont les croûtes sont toujours plus minces, brunes, sèches; que l'aspect fendillé qui se présentait ici n'avait aucun rapport avec l'isolement des croûtes du sycosis, souvent comme suspendues au milieu des poils. D'ailleurs, arrivé à cet état, un sycosis eût été compliqué très-certainement d'indurations tuberculeuses qui manquaient complétement. On avait donc affaire à cette variété de l'*impetigo*, qu'on appela *impetigo figurata* : de plus elle existait à l'état chronique.

La malade n'avait d'ailleurs aucune autre trace d'éruption sur le corps, seulement on observait à l'angle de la machoire quelques petits ganglions engorgés.

M... ne peut se rendre compte d'une cause occasionnelle quelconque de sa maladie, développée évidemment et entretenue sous l'influence du tempérament lymphatique.

Après quelques jours de repos, la malade est mise à l'usage de l'hydrochlorate de chaux, (8 grammes pour 500 grammes d'eau distillée); une cuillerée le matin, une autre le soir.

On fait matin et soir aussi, des frictions légères sur les points malades, avec une pommade au calomel (calomelas, 1 gramme, pour axonge, 20 grammes).

Tous les deux jours la malade prend un bain de vapeur.

Sous l'influence de ce traitement, les croûtes tombent, laissant une surface suintante et rouge, qui diminue rapidement; les pustules sont moins nombreuses; les croûtes ne se reforment plus. Tout marche vers la guérison.

Le 20 février, apparaissent au cuir chevelu, quelques pustules d'impetigo, auxquelles succède une plaque croûteuse de la largeur d'une pièce de cinq francs : de nouvelles croûtes se sont formées à la lèvre.

On continue le même traitement; au bout de quinze jours tout a disparu, et il ne reste plus qu'une empreinte rouge, luisante, qui s'éteint de jour en jour.

On garde M... jusqu'au 21 mars, époque à laquelle aucun symptôme nouveau ne s'est manifesté : elle sort de l'hôpital parfaitement guérie.

Depuis ce temps (deux mois après) M... est

rentrée à l'hôpital, pour se faire traiter d'un rhumatisme articulaire aigu; elle ne présente aucun cas de son affection impétigineuse.

REVUE.

LEÇONS SUR LES MALADIES VÉNÉRIENNES,

par le docteur Colles.

(Suite.)

Hernia humoralis. — Quant à l'orchite gonorrhéique, M. Colles ne l'attribue ni au passage du virus de l'urètre dans le canal déférent, ni à une métastase, mais bien à des causes constitutionnelles plutôt que locales, et il appuie cette opinion sur les faits suivants : la fièvre précède la douleur et le gonflement du testicule; un émétique donné dès le début fait disparaître complétement ces symptômes; si le malade use aliments ou de boissons qui ne lui soient pas convenables, le gonflement et les autres symptômes reparaissent rapidement; de plus l'orchite se développe très-rarement pendant la période la plus aiguë de la maladie, mais lorsqu'elle semble diminuer; l'écoulement disparaît généralement lorsque le gonflement du testicule commence; il recommence à se montrer, mais en moins grande quantité, lorsque l'orchite s'apaise. On observe là ce qui a lieu dans le début de toute fièvre inflammatoire, c'est-à-dire la diminution ou la suspension de toutes les sécrétions soit naturelles, soit morbides. L'introduction de la bougie, enduite d'une pommade irritante, que l'on a conseillée dans ce cas, afin de rappeler la gonorrhée, peut bien, selon M. Colles, donner lieu à un écoulement, mais cet écoulement, qui n'est plus gonorrhéique, n'offre aucune utilité pour l'inflammation des testicules et n'est probablement pas capable de communiquer la maladie à un autre individu. Enfin la goutte seule peut produire une tuméfaction des testicules sans qu'il y ait gonorrhée. Il est disposé à croire en outre qu'une altération dans les sécrétions du vagin et des grandes lèvres, chez une femme non atteinte d'affection vénérienne, peut produire chez l'homme des symptômes tout à fait semblables à ceux de la gonorrhée, sans qu'il existe de lésion de quelque nature que ce soit du côté des organes urinaires. Quant aux affections constitutionnelles ou secondaires que les auteurs ont prétendu être la conséquence de la gonorrhée et auxquelles ils ont cru reconnaître des caractères particuliers indiquant la nature de la maladie primitive, tout ce que M. Colles peut en dire, c'est que, quelle que soit leur cause, excepté la syphilis, elles ne réclament pas la salivation pour être guérie.

On voit quelquefois, pendant la gonorrhée, survenir une tuméfaction inflammatoire des ganglions de l'aine, tuméfaction que l'on croit provenir de l'absorption d'une certaine quantité de virus d'un chancre de l'urètre. Elle n'est que l'effet sympathique de l'irritation de ce canal, ne se termine que très-rarement par la suppuration, et on observe qu'elle n'envahit pas les ganglions voisins, et peut être guérie par les moyens antiphlogistiques ordinaires.

Chancre. — Le docteur Colles est convaincu qu'un ulcère vénérien primitif peut revêtir dans le principe toutes les formes possibles des ulcères, et définit le chancre une plaie qui ne disparaît que très-lentement sous l'influence du traitement local ordinaire, que le mercure guérit, et qui, si elle n'est pas soignée convenablement, est suivie, dans l'espace de deux ou trois mois, d'une affection secondaire, laquelle doit être traitée aussi par l'usage du mercure.

Il est cependant porté à croire que les ulcères vénériens peuvent être disposés à guérir sans mercure; mais un ulcère du pénis qui guérit en huit ou dix jours, à l'aide d'un pansement simple avec la charpie, n'est pas de nature vénérienne. Dans les cas douteux, on doit le panser de la sorte et éviter toute espèce de topiques stimulants qui pourraient en altérer le caractère véritable : c'est le meilleur moyen de s'éclairer sur sa nature. En tous cas, si le chancre vénérien peut guérir sans mercure, c'est au grand désavantage du malade qui tombe bientôt dans un état que décrit ainsi le professeur de Dublin : Outre la cicatrice dure, épaisse, bleuâtre, insensible, qui subsiste à l'endroit où était le chancre, l'individu voit, peu de temps après la guérison de celui-ci, sa santé décliner rapidement; il tombe dans un état hectique, a des transpirations abondantes la nuit; son embonpoint et ses forces diminuent rapidement, il a une toux continuelle, etc., etc. En voyant un malade dans cet état, le docteur Colles affirma

qu'il était sous l'influence d'une affection syphilitique, lui administra le mercure, et en huit ou dix jours il était déjà presque sauvé. Mais il faut mettre un grand soin à discerner ces cas de ceux des autres fièvres hectiques si nombreuses et dans lesquelles le traitement mercuriel épuiserait le malade avec une rapidité effrayante; ce n'est que par le commémoratif et l'existence de quelque symptôme syphilitique secondaire, que l'on peut y parvenir. Un traitement mercuriel mal dirigé ou mal exécuté peut être suivi des mêmes effets. On n'obtient la guérison dans ces cas qu'en administrant le mercure avec précaution et à petites doses.

Il est des cas où une personne atteinte à la fois de symptômes primitifs et secondaires éprouve un mouvement de fièvre soit inflammatoire, soit typhoïde, soit hectique, avec dépression considérable des forces et quelquefois une éruption à la peau. Dans de semblables conditions, aucun médicament ne réussit mieux que le mercure ; mais M. Colles recommande de commencer par dix ou douze grains seulement d'onguent mercuriel en frictions sur les cuisses, ou trois ou quatre grains de pilules bleues; il est quelquefois même nécessaire de leur associer le quinquina. Dans ces cas, en effet, le quart de la dose ordinaire suffit pour produire une action convenable, et il serait imprudent de l'élever davantage.

Est-il important de se hâter de guérir un chancre, comme le pensait Hunter, afin d'éviter, aussitôt que possible, l'absorption du virus? M. Colles croit que dès le moment où la pustule du chancre est formée, le malade court autant de dangers qu'aux périodes ultérieures et par conséquent il est inutile de chercher à guérir le chancre par des moyens locaux ; il s'appuie sur les expériences où l'on a cautérisé, à différents degrés de développement, les insertions ou pustules vaccinales qui n'en ont pas moins parcouru toutes leurs périodes. Mais un autre motif qui doit engager à ne pas traiter le chancre par des applications locales, si ce n'est par les plus simples et les plus ordinaires soins de propreté, c'est que cette plaie, qui est à peine douloureuse ou gênante, vous donne la meilleure mesure de la valeur de votre traitement.

Traitement mercuriel.—Relativement à l'emploi des préparations mercurielles, M. Colles considère la méthode par les frictions comme celle qui est préférable, lorsque le malade peut garder la chambre. Lorsque l'on administre les pilules bleues ou le calomel par la bouche pour un chancre, tout le monde sait qu'on est exposé à voir ces médicaments agir plutôt sur les selles que sur les gencives, et qu'afin d'éviter cet inconvénient, on les combine avec l'opium ; il ne faut pas se hâter de le faire cependant, parce qu'au bout de deux ou trois jours, ces accidents peuvent cesser d'eux-mêmes, si toutefois on ne change rien à la prescription. Le sublimé corrosif a la propriété de faire disparaître assez rapidement quelques-unes des formes secondaires de l'affection syphilitique, comme les éruptions, mais c'est à quoi se bornent ses propriétés ; il ne peut accomplir une cure radicale, car si on ne fait pas suivre son usage de celui d'autres préparations plus certaines, les symptômes de la maladie pourront tôt ou tard reparaître.

Parmi les conseils que l'auteur donne au sujet de l'administration du mercure, dont il est, comme on voit, partisan déclaré, il fait entendre qu'il regarde la salivation comme un phénomène indispensable ; il dit même de ne pas se préoccuper de sa violence et d'agir énergiquement avec le mercure, dans le cas d'iritis syphilitique par exemple; il convient, cependant, avoir vu des malades guérir de la maladie vénérienne sans être affectés de ptialisme. Il recommande en tous cas, lorsque après un certain temps on n'a obtenu aucun effet sur les gencives ou les glandes salivaires, d'étudier la constitution du malade et de ne pas se hâter d'augmenter les doses du médicament; en effet, elles peuvent être trop fortes pour le malade, déterminer un mouvement fébrile, avec sécheresse des gencives, et il y a nécessité de n'employer que des doses modérées.

Ici M. Colles décrit les changements que l'on observe dans l'apparence des chancres sous l'influence du traitement mercuriel, et recommande d'en continuer l'usage, non seulement jusqu'à la cicatrisation, mais jusqu'à disparition complète de la dureté qui reste à leur place, et même pendant une semaine ou deux encore après.

Il ne faut pas oublier cependant qu'il peut rester un peu de dureté, sans que pour cela subsiste un principe vénérien, et cela dépend, par exemple, de la position qu'occupe le chancre. Ainsi, s'il s'était développé sur le pli de la peau, sur le bord du prépuce ou sur la couronne du gland, il y aurait lieu de suspendre le mercure avant la disparition de toute dureté. Mais il ne faudrait jamais le faire lorsque, ayant eu la satisfaction de la voir disparaître, il ne reste plus à la place du chancre qu'une ulcération de bon aspect, presque cicatrisée. Cette cessation serait prématurée, et M. Colles cite un fait, où il s'agit d'un jeune homme chez lequel le chancre présentait l'aspect dont on vient de parler, lorsque, malgré ses avis, il cessa de suivre le traitement pour se marier quelque temps après, et eut le malheur de communiquer l'affection vénérienne à sa femme.

Il n'y a rien de plus important à observer que l'état des gencives, par suite de l'absorption du mercure, et le degré de salivation pro-

duit. Les gencives peuvent se tuméfier, s'ulcérer, et malgré cela, le mercure peut ne pas convenir à la constitution et ne pas influencer utilement la maladie vénérienne; si les gencives s'engorgent, bien qu'elles restent rouges et que la salivation ait lieu, tout est bien; mais si les gencives s'ulcèrent, si les dents se trouvent déchaussées et s'il n'y a pas écoulement de salive, le mercure ne peut produire que du mal; si cependant vous persévérez dans son usage, vous n'avez que deux choses à faire : ou bien à doubler la dose du médicament et risquer de produire tout d'un coup chez votre malade une salivation abondante que vous ne serez plus le maître de modérer; ou bien à revenir sur vos pas, purger le malade, le saigner, lui donner un bain ou deux selon les cas, et alors vous verrez la salivation survenir sans avoir recours à de nouvelles doses.

Eczéma mercuriel. — Il se peut, continue l'auteur, qu'en raison d'une certaine disposition individuelle, on soit dans l'impossibilité de pousser le traitement mercuriel aussi loin qu'on l'aurait désiré; ainsi, quelquefois l'administration du médicament produit ce qu'on a appelé l'érythème ou l'eczéma mercuriel, dont les premiers symptômes doivent attirer votre attention.

Le commencement ou le cours de la maladie n'est marqué par aucun mouvement fébrile, à moins qu'elle ne revête une forme très-grave; le malade se plaint de démangeaisons aux aines et au pubis; en l'examinant, vous trouvez les parties rouges et rudes sous le doigt, comme si la peau était couverte de petits grains de sable; si vous continuez l'administration du mercure, la démangeaison, la rudesse de la peau, etc., etc., s'étendent, et enfin envahissent toute la surface du corps, et plusieurs malades sont morts, parce qu'ils n'ont pu supporter la vive irritation que cause cette éruption. La démangeaison se fait toujours sentir aux aines en premier lieu, et je ne l'ai jamais vue commencer sur une autre région. Il est nécessaire d'interroger le malade sur ce sujet, surtout si vous avez des raisons pour croire qu'il soit disposé à cette éruption, parce que beaucoup d'individus ne s'aperçoivent pas du début de la maladie ou la supportent pendant quelque temps sans se plaindre.

Une circonstance curieuse du début de cette éruption, c'est qu'elle se développe dans le commencement du traitement, lorsque les gencives deviennent malades ou lorsque le malade commence à sentir un goût cuivreux dans la bouche; mais je ne l'ai jamais vu paraître après l'établissement complet de la salivation. Cet érythème provient de causes constitutionnelles et non de la quantité de mercure mis en usage. Je l'ai vu survenir après une seule friction, tandis que d'autres individus supportent un long traitement sans l'éprouver.

J'ai été consulté une fois par un jeune homme, qui, après que j'eus déclaré qu'il était atteint d'une affection vénérienne, tomba en faiblesse; je ne pus m'expliquer cet accident, que lorsqu'il m'eut appris, qu'ayant été déjà atteint deux fois de cette maladie, chaque fois il avait été mis aux portes du tombeau par l'érythème mercuriel; aussi usai-je, en cette circonstance, de beaucoup de précautions et commençai-je par une friction mercurielle de dix grains seulement. Malgré cela, le lendemain matin, l'érythème se développa; je changeai alors mon plan et lui fis prendre un demi-grain de calomel; mais l'éruption n'en fit pas moins de progrès. Alors je l'engageai à ne garder sur lui que le moins de vêtemens possible, à tenir sa chambre fraîche, et je lui donnai des doses très-faibles. Il les supporta deux ou trois jours, et lorsque l'érythème voulut se manifester de nouveau, nous nous arrêtâmes un peu, pour recommencer ensuite; je parvins enfin à lui faire prendre autant de mercure qu'il était nécessaire pour obtenir sa guérison. Bientôt ce même jeune homme commit de nouvelles imprudences, fut atteint de nouveau de syphilis, et lorsqu'on recommença un nouveau traitement, les mêmes accidents se reproduisirent; mais avec les mêmes précautions que celles qui avaient été prises précédemment, je pus le guérir. J'ai dit que parfois le malade pouvait mourir par suite de l'extension de l'érythème. Je ne connais pas de traitement applicable à de semblables cas. Dans les formes les plus légères d'érythème, on soulage quelquefois le malade, en saupoudrant les parties avec de la fleur de farine ou de la poudre fine d'amidon, quelquefois en les lavant avec de l'eau ou la lotion noire, et lorsque l'éruption se dissipe, on a la consolation de voir les symptômes vénériens beaucoup plus modifiés, qu'on n'aurait pu s'y attendre en raison de la dose de mercure employée.

Éréthisme mercuriel. — Il est une autre affection particulière et redoutable, produite par l'usage du mercure, c'est l'éréthisme mercuriel si bien décrit par Pearson; les palpitations de cœur ne ressemblent pas dans cette maladie à celles qui proviennent de toute autre cause. Les personnes les plus fortes peuvent être enlevées par cette affection; il n'y a rien dans l'intérieur du malade qui puisse en annoncer l'approche.

J'ai vu deux soldats en mourir, l'un en se levant pour aller se frictionner auprès du feu, et l'autre au moment où, après avoir quitté le feu, il buvait un verre d'eau. Il n'y a pas autre chose à faire contre cette maladie, si l'on peut en prévoir l'approche, que de faire coucher le malade, le mettre au grand air et suspendre l'usage du mercure pendant quelque temps, un mois ou même plus, et de n'en reprendre l'administration qu'avec la plus grande prudence.

De même que dans l'érythème, je n'ai jamais vu cette affection terrible se montrer lorsque la salivation était bien établie et abondante.

Une autre maladie peut encore provenir de l'usage du mercure; elle est moins grave que la précédente, mais très-pénible. Elle ressemble assez à ces gerçures ou excoriations que l'on remarque aux plis des aines ou des fesses chez les enfants mal soignés, et au pli des grandes lèvres chez les femmes atteintes de leucorrhée, Elle consiste en des excoriations existant autour du scrotum, aux aines, là enfin ou deux surfaces cutanées se trouvent en contact; le moindre attouchement exercé par le doigt ou les vêtements est extrêmement douloureux. J'ai acquis de nombreuses preuves que c'est véritablement une affection mercurielle, et qu'il est nécessaire de suspendre l'usage du médicament jusqu'à ce que les excoriations soient guéries. Le meilleur mode de traitement qu'on puisse leur appliquer est de les saupoudrer avec une poudre absorbante, telle que la poudre à coiffer ou le lapis calaminaris.

Il y a des cas où, chez un malade qui prend du mercure depuis quelque temps, on ne voit ni les gencives ni les chancres éprouver de changement; le malade se porte même mieux qu'auparavant. Alors on croit nécessaire d'augmenter la dose, et on donne jusqu'à trois drachmes d'onguent en friction pendant trois semaines. Si alors on observe que les choses restent dans le même état et qu'on porte le médicament à une dose plus élevée, on risque de produire l'éréthisme ou une salivation soudaine et très-abondante. Il faut donc cesser l'emploi de tout médicament mercuriel et purger et baigner le malade; la salivation arrivera bientôt. La même conduite doit être tenue lorsque la salivation se déclare tout d'un coup très-abondante et, de plus alors, il faut employer les gargarismes et lotions détersives, etc., etc.

Dans quelques circonstances rares, on rencontre des malades chez lesquels le mercure ne produit aucun effet sur la constitution ou sur les gencives, et dont les chancres guérissent parfaitement bien. Lorsque le médicament convient au malade, le chancre commence à guérir, puis, si on précipite trop le traitement, on le voit changer d'aspect, se couvrir de bourgeons, devenir ulcère fongueux et même s'agrandir rapidement; lorsque cela arrive, le malade a pris assez de mercure, et l'ulcère n'est plus vénérien; il faut le traiter comme un ulcère ordinaire.

Si, sous l'influence du mercure, on voit un chancre disparaître en peu de jours, mais un bubon se développer à l'aine, c'est, dit M. Colles, un indice qu'on a été trop loin et qu'il faut arrêter le traitement; on voit dès lors la tumeur diminuer et le chancre guérir; dans de semblables cas, il est rare que vous soyez obligé de reprendre l'usage du mercure pour compléter la guérison.

L'auteur rappelle enfin que ce même médicament peut, dans quelques cas, donner lieu à un état fébrile dans lequel le malade maigrit, a des transpirations abondantes pendant la nuit, perd rapidement ses forces, présente en un mot les symptômes d'un empoisonnement. Il y a encore ici indice de la saturation, et il faut cesser l'usage du mercure.

Bubons. —Le professeur Colles admet que le bubon vénérien accompagne invariablement l'ulcère primitif; il n'a jamais vu, dit-il, cette affection se développer conjointement avec un ulcère ou quelque autre des symptômes secondaires. Quel que soit le point qu'occupe le chancre, ce sont les glandes absorbantes superficielles seules qui deviennent malades. On croit généralement que celles-ci seront souvent affectées si l'on obtient une guérison trop rapide du chancre; c'est une erreur, car ce n'est pas cette guérison rapide qui déterminera l'inflammation des ganglions de l'aine, mais l'effet soudain et violent que le mercure produit sur la constitution; et la meilleure preuve que ce médicament lui est alors nuisible, c'est que, si, chez un malade dont le chancre avait commencé à guérir et va plus mal depuis quelques jours, vous en suspendez l'usage pendant un ou deux jours, si vous donnez un laxatif, vous voyez le chancre recommencer à marcher vers la cicatrisation, le bubon disparaître, sans qu'il y ait quelquefois même nécessité d'administrer de nouvelles doses de mercure. Ce métal est néanmoins le véritable remède du bubon déjà développé sous l'influence d'un chancre, et c'est dans son administration qu'il faut alors persévérer. Il est des individus tellement prédisposés à contracter des bubons, qu'il suffit souvent chez eux d'une très-petite quantité de mercure pour en déterminer la naissance. Un malade du docteur Colles offrait cette particularité; il avait beau commencer par des doses très-modérées, cinq grains de pillules bleues, par exemple, chaque soir; au bout du septième jour, le bubon commençait à paraître; il fallait alors s'arrêter jusqu'à ce que l'engorgement se fût dissipé, puis recommencer avec précaution le traitement. Dans les cas tels que celui-ci, on voit toujours le malade supporter à la seconde fois le double de la dose du mercure sans qu'il en résulte d'accident.

Lorsque le bubon s'est développé et est arrivé à maturité chez un individu qui se trouve dans des conditions favorables, il est peu important de le laisser s'ouvrir de lui-même ou de hâter la sortie du pus à l'aide de moyens chirurgicaux. Cependant il est une espèce de bubon qui exige l'intervention de l'art, c'est celle qui se montre chez les personnes d'une constitution faible, dont la santé

est mauvaise en général : dans ce cas, le bubon est long à se développer, indolent, aplati, large, la peau qui le recouvre offre une teinte bleuâtre ou rouge foncé ; il faut l'ouvrir dans toute sa longueur, car si l'on ne pratique qu'une ponction sur un tel bubon, on le verra rendre une matière aqueuse, claire, pendant un ou deux mois, sans qu'il se dispose à guérir; une grande partie de la peau sera détruite par une ulcération, le reste formera saillie, se renversera en dehors, et on sera obligé de l'enlever avec le caustique pour obtenir la cicatrisation. Dans les cas ordinaires, du reste, l'emploi de la lancette est préférable pour ouvrir les bubons, et si ceux-ci ont besoin d'être stimulés, le meilleur moyen à employer, selon M. Colles, est l'application de petits vésicatoires...

Un bubon vénérien peut-il naître sans qu'un chancre ait préexisté? J'ignore, dit M. Colles, si, dans quelques cas que j'ai observés, il n'y avait pas eu quelque petit ulcère qui s'était guéri, ou si le virus syphilitique n'avait pas été absorbé sans ulcération préalable, mais je sais positivement que j'ai vu souvent un véritable bubon vénérien se développer dans des cas où il n'existait pas la plus légère altération ou érosion au pénis.

Dans les faits de cette nature il est possible de confondre le gonflement lymphatique des glandes de l'aine avec le bubon vénérien, et cette méprise est très-grave, car le traitement qui peut guérir dans un cas, peut tuer dans l'autre. L'auteur, en effet, donne une description détaillée de ces engorgements non vénériens des ganglions inguinaux chez des sujets d'une mauvaise constitution, engorgements qui naissent profondément, marchent avec une extrême lenteur, sont indolents, ne donnent lieu à nulle autre incommodité bien appréciable qu'à un mal de tête presque constant et à une fréquence singulière du pouls. Les purgatifs, les toniques, les bains de mer, sont les seuls moyens suivis d'effets dans ces cas, et le mercure au contraire est dangereux et détermine le développement d'une fièvre hectique, avant même qu'il ait influencé les gencives. Les points de ressemblance sont, ajoute l'auteur, parfois assez prononcés; ainsi on observe, dans ce que l'on appelle les bubons scrofuleux, qu'ils ont une forme oblongue, et qu'ils deviennent bientôt adhérents comme ceux qui sont vénériens; mais ces deux caractères seuls seraient insuffisants pour les faire confondre, car le bubon scrofuleux a son siége dans les glandes profondément situées, et quelquefois dans leurs parties inférieures, tandis que le bubon syphilitique occupe une position superficielle, et son axe, le plus souvent long, s'étend selon la direction du ligament de Poupart; dans la première espèce les doigts ne peuvent atteindre la base ou les attaches de la tumeur parce qu'elle s'étend trop profondément, quand on peut la saisir, on y détermine moins de douleur que dans le bubon vénérien; elle diffère encore de ce dernier en ce qu'elle a peu de tendance à suppurer, et lorsque cela a lieu, la matière qui s'est formée n'a ni la viscosité ni la couleur de celle du bubon vénérien. Une autre espèce d'engorgement des ganglions de l'aine peut naître sous l'influence d'un simple refroidissement, et il faut avoir grand soin de distinguer encore ce cas qui n'exige pas d'autre traitement que l'usage des toniques, et serait au contraire fort aggravé par les mercuriaux.

Symptômes secondaires de la syphilis. — M. Colles affirme, contrairement à l'opinion de Hunter, et conformément à celle de beaucoup d'auteurs, qu'une affection secondaire peut donner naissance à des symptômes vénériens primitifs chez une autre personne. Parmi les faits qu'il cite, se trouve celui d'un accoucheur qui lui montra ses mains couvertes d'une éruption vénérienne secondaire, laquelle, disait-il, s'était développée à la suite de douleurs rhumatismales. Depuis cette époque ce médecin fut très-malheureux dans sa pratique, car plusieurs des femmes qu'il assista dans leurs couches, furent atteintes de symptômes primitifs et communiquèrent l'affection à leurs maris sous la forme primitive aussi, bien que cet accoucheur n'eût qu'un ulcère secondaire au doigt, et n'eût jamais éprouvé de chancre primitif. Voici un autre fait de la même nature. Un jeune chirurgien faisait la cour à une jeune personne qu'il devait bientôt épouser; il avait eu quelques symptômes vénériens secondaires, et parmi ceux-ci un ulcère syphilitique à la lèvre ; en embrassant la jeune femme, il lui communiqua l'affection à la lèvre même. D'après le conseil de Colles, ce chirurgien mit sa fiancée à l'usage des mercuriaux, mais il voulut en pousser l'emploi si rapidement et tellement loin, qu'elle mourut des suites du traitement...

L'époque à laquelle peuvent paraître les symptômes secondaires, est fort variable, et cette différence peut être due jusqu'à un certain point à des particularités dans la constitution et assez souvent aussi au mode de traitement adopté contre le chancre primitif. Lorsqu'on n'a pas administré le mercure dans ce cas, et que le chancre a été guéri par un traitement local, il est certain que les symptômes secondaires se montrent plus tardivement, que leur forme est moins grave et qu'ils produisent moins de troubles constitutionnels lorsqu'ils se développent; si, d'autre part, le le mercure a été donné dans le traitement d'un chancre primitif, mais en quantité insuffisante pour déraciner complétement la maladie, les symptômes secondaires apparaîtront

dans un terme beaucoup plus court. Si enfin l'affection secondaire restait cachée dans l'économie, s'il survient un accident grave, une fièvre produite par l'impression du froid, un traitement mercuriel mis en usage pour une affection non vénérienne, ou bien encore une vive impression, quelle qu'elle soit, produite sur l'individu, il en résultera probablement quelquefois l'apparition subite et inattendue d'une éruption vénérienne confluente.

L'auteur ne nous apprend rien de nouveau sur les siéges particuliers qu'affectent plus spécialement les affections syphilitiques secondaires, et ne partage nullement l'opinion de ceux qui ont voulu faire penser qu'il existait plusieurs espèces différentes de virus syphilitique, se manifestant par des symptômes primitifs distincts, et que ceux-ci donnaient naissance à une éruption propre, d'après laquelle on pouvait les reconnaître.

(*Dublin medical Press.* — Octob. 1844.)

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE

DES

MALADIES VÉNÉRIENNES

Par M. REYNAUD,

Second chirurgien en chef de la marine à Toulon, etc.

Après un exposé historique rapide, dans lequel l'auteur se montre partisan de l'opinion qui regarde l'origine de la syphilis comme très-ancienne, il consacre un premier chapitre à l'inoculation appliquée à l'étude des maladies vénériennes. D'après ses essais nombreux et fort variés, il conclut que les chancres et les adénites en suppuration, et non le pus des phlegmons qui les environnent, lui paraissent être les seuls accidents syphilitiques susceptibles d'être inoculés; ils conservent cette propriété depuis quelques jours jusqu'à plusieurs semaines, et la perdent lorsqu'ils se détergent. Ni le muco-pus de la blennorrhagie, ni la matière sécrétée par les pustules, ni les ulcérations qui se montrent à une époque éloignée de l'infection, n'ont rien donné par l'inoculation. Cette opération peut donc être, selon M. Reynaud, d'une grande utilité pour démontrer l'existence du virus syphilitique, éclairer le diagnostic dans les cas douteux et surtout dans quelques expertises médico-légales. On sait ce que nous pensons de l'inoculation; aussi n'y reviendrons-nous pas ici, mais, historiens fidèles, nous nous plaisons à constater les résultats de l'expérience d'un chirurgien distingué.

Chancre primitif. — Tout en admettant l'origine pustuleuse du chancre et sa propriété contagieuse, M. Reynaud rappelle que les formes qu'il affecte, ne sont pas toujours aussi caractéristiques qu'on a voulu le démontrer.

Par exemple, la tendance à s'étendre et à corroder manque bien souvent; on voit aussi de véritables chancres vénériens guérir seuls sans le secours de médicaments soit internes, soit externes, et n'en pas moins amener à leur suite des accidents secondaires, et une des erreurs les plus graves est de croire que les chancres ne puissent disparaître que sous l'influence des préparations mercurielles, qui sont une véritable pierre de touche, dit-on, et aggravent ordinairement les ulcérations non syphilitiques. Le contraire a souvent lieu, comme l'on sait. Le chancre peut perdre la faculté de s'inoculer après trois ou quatre jours de durée, comme il y en a qui la conservent au delà de six semaines. Cette observation peut rendre compte en partie de l'irrégularité des résultats obtenus par les expérimentateurs qui ont tenté l'inoculation sans tenir compte des variations que présente la marche du chancre.

M. Reynaud a fait l'observation déjà connue, que toutes les fois qu'il a vu survenir des chancres sur le tégument externe à l'état d'intégrité parfaite et dans des régions inusitées, les suites de l'infection étaient fort promptes et caractérisées par des symptômes alarmants.

Le chancre est à ses yeux le type des accidents primitifs et n'indique pas seulement que la personne qui en est atteinte est sous l'imminence de la syphilis, mais bien qu'elle est actuellement affectée de la maladie; cependant tous ceux qui en ont présenté, ne sont pas nécessairement et infailliblement affectés plus tard de syphilis constitutionnelle, mais ils en sont évidemment menacés, surtout s'ils ne se sont soumis à aucun traitement rationnel.

Ces opinions, opposées à celles de M. Ricord, reposent sur un grand nombre de faits observés par M. Reynaud, et il cite particulièrement celui d'un jeune médecin qui, trois jours après des rapports avec une femme entretenue, apercevant de petites pustules sur le gland, les excisa, les cautérisa profondément et en obtint la cicatrisation en peu de jours, mais qui cependant fut atteint, six mois après et sans nouvelle infection, d'une périostite syphilitique qui ne céda qu'à un traitement par le proto-iodure de mercure. Enfin l'induration, qui subsiste après la cicatrisation de certains chancres, ne paraît pas à l'auteur le seul signe d'une infection syphilitique, et ses recherches ne lui permettent nullement de partager la sécurité de M. Ricord sur le compte des malades dont les chancres sont petits ou n'ont laissé qu'une cicatrice superficielle, dépourvue de toute trace de dureté ou de callosité.

Des observations très-assidues et très-nombreuses, des relevés statistiques établis sur

plusieurs milliers de malades, ont prouvé à l'auteur que les accidents consécutifs de la syphilis étaient incontestablement plus fréquents chez les personnes dont les chancres avaient été guéris par des applications locales seulement, que chez celles qui avaient été soumises à des traitements généraux méthodiques et bien choisis ; que ces accidents se manifestaient plus souvent et plus promptement chez les hommes que chez les femmes et surtout chez ceux qui faisaient des écarts de régime.

Cependant il a adopté comme méthode, de modifier les chancres le plus tôt possible à l'aide de topiques appropriés, presque toujours pris parmi les cathérétiques, par cette raison qu'il ne saurait être sans inconvénient de garder pendant un temps plus ou moins long des plaies qui secrètent continuellement un pus virulent capable d'infecter d'autres personnes et de produire chez celles qui en sont atteintes des effets délétères ; mais il ne faut pas, excepté dans les premiers temps, que les pansements des chancres soient trop rapprochés, dans la crainte de nuire au travail de cicatrisation. Il ne faut pas non plus employer pour les cautérisations de caustiques trop énergiques, car on s'expose ainsi à produire de fréquentes adénites inguinales.

Bubon. — M. Reynaud admet la division des bubons en sympathiques, symptomatiques et bubons d'emblée, dont il a rencontré plusieurs fois des cas très-évidents, mais dans une proportion très-minime.

Les adénites syphilitiques occupent l'une ou l'autre des deux aines dans des proportions à peu près égales ; celles qui sont doubles sont dans le proportion de 12 à 100.

Dans les cas où il est difficile de déterminer si le bubon est sympathique ou véritablement symptomatique, l'inoculation, s'il se termine par suppuration, peut fournir des renseignements précieux ; seulement il faut avoir bien soin d'inoculer le pus des ganglions abcédés, et non celui du tissu cellulaire ambiant ; car le premier seul est inoculable, et c'est bien certainement à l'oubli de cette précaution qu'il faut attribuer, au moins en grande partie, les résultats négatifs cités récemment encore par divers expérimentateurs.

Dans tous les cas d'inflammation franche et aiguë du bubon, M. Reynaud cherche à obtenir la résolution à l'aide des antiphlogistiques et c'est aux sangsues et aux cataplasmes qu'il donne la préférence. Quand la tumeur est en suppuration, le vésicatoire pansé avec une solution caustique, telle que celle de deutochlorure de mercure (1 gramme pour 30 grammes d'eau), dans le but de déterminer une escharre, à peu près suivant la méthode de M. Malapert, des pointes de feu sur divers points de la tumeur à l'aide de petits cautères en fer rougi à blanc, sont les moyens qu'il met presque exclusivement en usage et avec succès depuis longues années, pour obtenir l'ouverture des parois de l'abcès, l'évacuation graduelle du pus et le recollement de ces mêmes parois. Si l'on préfère l'instrument tranchant, il conseille de ne pratiquer qu'une seule ou plusieurs ponctions peu étendues sur les bubons suivant leur volume. De petits vésicatoires ou la cautérisation sur ses lambeaux décollés lui paraissent les meilleurs moyens propres à obtenir l'adhésion. Contre l'état d'induration, lorsque les emplâtres de ciguë, de Vigo, et surtout l'onguent napolitain, les pommades au protoiodure de mercure, à l'hydriodate de potasse, n'ont pas réussi, il se trouve bien de l'application du vésicatoire, ou plutôt de celle de briques chaudes, d'après le système de M. Henrotay d'Anvers. Il a vu très-souvent la compression jointe à la chaleur qu'elles produisent, amener la résolution avec une promptitude inespérée ou dans d'autres cas replacer la tumeur dans les conditions ordinaires des bubons aigus. Ce moyen fort simple offre des avantages incontestables sur tous les bandages compressifs connus. Un traitement général approprié est en outre mis en usage, lorsque le bubon a été de nature syphilitique.

Les accidents primitifs de la syphilis exigent un traitement mercuriel ; l'auteur ajoute peu de confiance aux médicaments réputés antisyphilitiques, tels que la décoction de bois sudorifique, les sirops composés, les préparations d'or, de platine, d'iode, etc., et leur préfère de beaucoup le deutochlorure, soit en liqueur de Van Swiéten, soit en pilules, associé avec la thridace (forme sous laquelle il est le plus innocent), et à la dose de 1 à 2 grammes. Il réserve les frictions d'onguent napolitain pour les cas graves, ou lorsque la maladie marche avec rapidité ou bien lorsqu'il redoute les effets des médicaments internes sur les voies digestives. Il cherche toujours à éviter les effets délétères de ces divers médicaments sur la muqueuse buccale, et chez les personnes où celle-ci est très-susceptible, il emploie les frictions avec l'onguent mercuriel ammoniacosulfuré, dans lequel pourtant il a peu de confiance.

Le proto-iodure lui a paru un médicament infidèle, dont les effets sont très-variables, et il affirme avoir obtenu presque toujours à l'aide des autres médicaments une guérison réelle, complète et définitive.

Blennorrhagie. Le virus des chancres, ou le virus syphilitique proprement dit, diffère toujours essentiellement de celui qui produit la blennorrhagie, et pour le prouver, M. Reynaud s'appuie sur la même théorie que M. Ricord. Ainsi l'inoculation d'abord ne donne aucun résultat ; la gonorrhée peut provenir de toute autre cause que d'une affection vénérienne chez la femme. Elle ne produit pas en géné-

ral d'affection secondaire, et il reconnaît que dans la très-grande majorité des cas la blennorrhagie est une inflammation simple du canal de l'urètre, une affection purement locale dont la guérison, sans remède spécifique, ne doit laisser aucun souci pour la santé des malades, mais que dans quelques cas rares et exceptionnels (dans la proportion de un pour cent et peut-être moins d'après ses observations personnelles), elle est une affection virulente susceptible de donner lieu à de véritables accidents consécutifs de syphilis; l'inoculation est le seul moyen que l'on possède pour établir un diagnostic différentiel. Quant à la théorie de M. Ricord, qui regarde dans ce cas la présence des chancres dans l'urètre comme étant la cause des accidents consécutifs, M. Reynaud a vainement tenté jusqu'à présent de la corroborer par ses recherches. Ajoutons qu'il a eu l'occasion de faire l'autopsie de quatre individus morts avec des urétrites à l'état aigu ou chronique, et qu'il n'a rencontré qu'une rougeur plus ou moins prononcée de la muqueuse urétrale ayant son siége à différentes hauteurs, et une fois deux bourrelets luisants, rouges auprès du méat urinaire comme ceux qu'on dit exister dans les urétrites très-intenses.

Le traitement employé contre la blennorrhagie ne diffère pas de celui généralement employé par les antivirulistes : ainsi d'abord les antiphlogistiques, puis les antiblennorrhagiques, parmi lesquels se placent en première ligne le baume de copahu et le poivre cubèbe. Ce n'est que lorsque l'écoulement est fort atténué, qu'on doit avoir recours aux injections astringentes, avec le sulfate de zinc et le nitrate d'argent surtout; mais ce dernier, employé à haute dose, suivant la méthode de M. Debeney, n'a pas réussi entre les mains de l'auteur. Dans l'urétrite chronique, les vésicatoires au devant du scrotum, au périnée ou à la partie supérieure des cuisses, et les injections ou les cautérisations avec le nitrate d'argent paraissent préférables aux autres moyens. Il n'attribue pas, comme on voit, aux injections les résultats fâcheux, les rétrécissements qu'on leur reproche quelquefois. Ainsi il se borne, selon l'idée qu'il s'est faite de la maladie, à l'attaquer par des applications locales ou du moins par des remèdes étrangers aux affections syphilitiques, et n'emploie le traitement mercuriel, que lorsqu'il peut acquérir quelque preuve de l'existence de la syphilis; il se tient surtout sur ses gardes à cet égard, dans les cas d'urétrites plus ou moins anciennes, qui s'accompagnent de certaines inflammations de la gorge, de certaines érosions des amygdales, de divers phénomènes enfin qui semblent être souvent les premiers indices d'une infection générale. Les complications de la blennorrhagie telles que la balanite, l'arthrite, la néphrite, et même l'ophthalmie blennorrhagique, ne démontrent pas plus la virulence de cette affection; ce sont des accidents métastatiques. Quant à l'orchite, elle résulte le plus souvent de la propagation de l'inflammation de l'urètre aux conduits spermatiques.

Nous avons remarqué qu'en parlant de la syphilis constitutionnelle, se basant sur quelques faits observés par lui, M. Reynaud admettait la possibilité de son apparition d'emblée et sans signes locaux préalables, mais seulement comme chose fort rare et tout à fait exceptionnelle, puis, qu'il croyait, avec beaucoup d'autres, que la puissance contagieuse allait s'affaiblissant, à mesure que les accidents devenaient plus éloignés et plus profonds, (syphilides, périostoses, iritis, orchite ou sarcocèle vénérien, etc.,) regardant ceux qui semblent, selon lui, tenir encore aux symptômes primitifs et former une sorte de transition avec les secondaires, tels que les pustules plates et les excroissances, comme capables de la conserver encore à un degré manifeste.

Un homme ou une femme qui a été atteint à une époque plus ou moins éloignée de symptômes primitifs, peut léguer des accidents consécutifs par voie d'hérédité, sans en avoir jamais présenté eux-mêmes et sans rien communiquer à l'autre époux. Cette proposition étayée sur des faits bien recueillis par divers auteurs, nous paraît complétement admissible. L'inoculation a été vainement tentée dans les diverses formes secondaires et même tertiaires de l'affection vénérienne.

L'aspect et la gravité des syphilides tiennent plutôt à des conditions individuelles qu'à l'espèce et à l'importance apparente des phénomènes vénériens, auxquels elles ont succédé, comme quelques auteurs ont voulu le faire admettre ; dans la description succincte des syphilides, nous trouvons une observation de syphilide vésiculeuse, dans laquelle le malade présenta l'éruption, répandue sur le dos, le thorax, l'abdomen et les membres, caractérisée par des groupes de petites vésicules, disposées en cercles et en fragments de cercles, ne s'accompagnant que d'une rougeur franche, sans aucune coloration syphilitique ou complication douteuse, de sorte que ce ne fut que lorsque son développement eut lieu sur le front, qu'on soupçonna sa nature vénérienne, et qu'on lui appliqua un traitement approprié. Dans celui-ci, les préparations mercurielles, et parmi elles, le protoiodure et le deutochlorure sont préférables à toutes les autres. De très-bons résultats ont cependant été retirés des frictions avec le perchlorure d'or et de soude dans des cas de syphilides tuberculeuses.

L'iodure de potassium a fourni, dans quel-

ques cas d'accidents tertiaires, des résultats inespérés. En voici quelques faits abrégés.

Un officier de marine ayant été atteint dans l'Inde d'un chancre rapidement guéri par la cautérisation avec le nitrate d'argent, présenta peu après une syphilide qui fut traitée par les frictions mercurielles à très-haute dose. Plus tard survinrent des exostoses sur divers os du tronc et des membres, avec des douleurs ostéocopes, des ulcérations de la peau, larges, profondes et très-nombreuses; l'opium, la salsepareille et quelques doses d'iodure de potassium améliorèrent d'abord la santé du malade; mais en 1841, une carie des os du nez, des ulcérations étendues à la lèvre supérieure, une diarrhée fréquente vinrent mettre ses jours véritablement en danger. L'usage de l'iodure de potassium, repris alors, amena une amélioration notable en quelques jours, et une guérison complète et durable en quelques semaines.

Un résultat semblable fut obtenu chez deux condamnés du bagne, dont l'un avait déjà subi divers traitements prolongés avec les préparations mercurielles, y compris le protoiodure, pour des ulcérations étendues de la voûte palatine, et dont l'autre, déjà traité de la même manière pour une affection semblable, présentait des tumeurs gommeuses.

M. Reynaud a expérimenté aussi, contre les accidents tertiaires, les préparations d'or, et a obtenu d'excellents effets de l'oxyde et du perchlorure d'or et de soude, le premier en pilules, uni à quelques extraits végétaux, le second mêlé à quelques poudres inertes et appliqué en frictions sur la langue et la muqueuse des joues. Voici la manière dont il le fait employer : d'abord douze frictions, une tous les matins, avec cinq centigrammes de perchlorure et dix de poudre d'iris ou de lycopode, divisés en douze paquets; puis une seconde série de frictions, en divisant les mêmes doses en dix paquets, puis en huit, en sept, etc., etc., de manière à faire absorber environ 50 à 40 centigrammes de perchlorure d'or et de soude. Quant aux pilules d'oxyde d'or, elles sont composées avec 5 centigrammes de ce médicament, 50 centigrammes d'extrait de ciguë et la même quantité d'extrait de douce amère pour dix pilules, dont on donne une matin et soir.

A l'occasion des accidents que peut déterminer l'administration des préparations mercurielles, et parmi lesquels il reconnaît la salivation, qu'il croit important d'éviter, l'eczéma, le tremblement, la fièvre et la cachexie mercurielle, M. Reynaud rapporte une observation fort curieuse d'accidents développés sous l'influence du mercure chez un homme dont le cerveau fut trouvé en contenir. Voici la substance de cette histoire :

Le matelot Signol, âgé de vingt-deux ans, fut atteint, 15 jours après le coït, d'ulcérations sur le pubis, d'engorgement des ganglions inguinaux, et, quatre jours après, d'un écoulement urétral, accidents qui furent amenés à un état très-satisfaisant par l'usage des pilules de cyanure de mercure et d'opium, dont le malade avait pris, 1,25 du premier médicament et 2,10 du second. A ce traitement, un autre médecin fit succéder celui par les frictions mercurielles, dont le malade usa 150 grammes, et par la liqueur de Van Swiéten, portée à 40 centigrammes de deutochlorure de mercure dans l'espace de temps compris entre le 2 juin et le 20 juillet. Après une suspension de six jours à cause de la salivation, on administra, du 28 juillet au 7 septembre, neuf bouteilles de rob antisyphilitique et soixante-deux cuillerées de liqueur de Van Swiéten; dans cet intervalle, des pustules se développèrent sur le corps avec chute des cheveux et des poils. Du 8 septembre au 10 novembre on remplaça les préparations mercurielles par l'iodure de potassium qui fut porté à la dose de 78 grammes et de 10 grammes d'iode. Le malade était alors dans un état d'émaciation effrayante, couvert de croûtes épaisses, verdâtres, fendillées. Bientôt le testicule gauche fut atteint d'orchite, plus tard, ce fut le droit; une ophthalmorrhée et une tumeur gommeuse survinrent, ce qui obligea à avoir recours au perchlorure d'or dont la dose totale fut élevée à 30 centigrammes pendant les mois d'avril et mai. Le 14 juin, le malade fut pris d'accès épileptiformes, avec contraction des membres, etc... suivi d'une hémiplégie du côté droit du corps et de perte de la parole, puis de surdité, de difficulté dans la déglutition et la respiration, d'une prostration de plus en plus profonde, et enfin de la mort arrivée le 24 juin.

A l'autopsie, on trouva: un épaississement du feuillet interne de l'arachnoïde avec infiltration sous-arachnoïdienne, et engorgement considérable des vaisseaux de la piemère; — un ramollissement du corps strié gauche et surtout de toute la face inférieure du lobe cérébral antérieur gauche, qui était presque réduit en bouillie; — une densité un peu exagérée de la moelle épinière; — quelques traces d'anciennes ulcérations dans les intestins; — le sommet du verumontanum occupé par une ulcération dans laquelle s'ouvraient les canaux éjaculateurs; la muqueuse urétrale offrant une rougeur prononcée depuis le bulbe jusqu'au gland; les parois des canaux éjaculateurs d'un rouge blafard, les vésicules séminales remplies d'un liquide gris foncé, les canaux déférents épaissis, etc.

Dans le but de rechercher si les organes contenaient du mercure, on soumit une portion de l'axe cérébro-spinal à l'ébullition, le liquide fut filtré, concentré par évaporation et

traité ensuite par la potasse, l'ammoniaque, leurs carbonates, le protochlorure d'étain, l'hydrogène sulfuré, l'hydrosulfate d'ammoniaque, l'iodure de potassium, le cyanure jaune de potassium et de fer, le chromate de potasse; ni ces réactifs, ni la pile de Smithson, n'indiquèrent la moindre trace de sel mercuriel.

La même matière fut traitée ensuite par l'acide nitrique, évaporé, filtré et essayé de nouveau par les mêmes réactifs qui ne démontrèrent que du fer et de la matière animale. Une portion du même liquide, traitée par l'acide nitrique, fut encore lavée pour enlever l'acide qu'elle pouvait contenir, desséchée et mêlée à 16 grammes de potasse à l'alcool qui la fit passer au noir par la dessiccation; cette masse fut introduite alors dans un tube de verre long de 33,0, ayant 0,018 de diamètre, fermé à l'une de ses extrémités, l'autre étant tirée en pointe. A peine cet appareil fut-il exposé à la chaleur, que la masse se tuméfia et dégagea bientôt des vapeurs blanches qui, reçues sur deux lames de cuivre décapées, leur donnèrent une couleur blanche manifeste qui fut reconnue soit à la loupe, soit à l'aide du microscope, pour être constituée par des globules mercuriels. De plus, en détachant la partie supérieure du tube après son refroidissement, on aperçut à l'œil nu, de nombreux globules de mercure métallique qui en tapissaient l'intérieur.

Une autre analyse à l'aide du nitrate d'argent démontra que le mercure se trouvait dans le cerveau à l'état de chlorure.

Les mêmes recherches faites sur une portion de tibia, des muscles et des parties fibreuses de la jambe du même sujet, ne donnèrent aucun résultat.

M. Reynaud pense que si la plupart des symptômes présentés par le malade doivent être attribués à l'infection syphilitique, il n'en est pas de même des affections abdominales qui ont compromis sa vie et des symptômes cérébraux et de la paralysie qui ont précédé sa mort.

TRANSMISSION DE LA GONORRHÉE

PAR LE MOYEN D'UN BAIN.

Plusieurs journaux italiens ont reproduit comme exact le fait suivant que nous livrons tel quel à nos lecteurs.

Un homme, après quatre jours de chasse, a des rapports sexuels avec sa femme, chez laquelle la menstruation avait cessé depuis deux jours : quatre jours après, il est atteint d'une gonorrhée; et sa femme se plaint de son côté d'éprouver de violentes douleurs en urinant. Afin de les calmer, celle-ci se rend trois jours de suite au bain, faisant baigner avec elle, le premier jour, une petite fille de huit ans, le second jour, une autre enfant de quatre ans. Chez ces deux jeunes enfants une gonorrhée se développa, communiquée qu'elle avait été par le bain. Ce qu'il y a de surprenant dans ce fait, c'est qu'il y ait pu avoir contagion chez les deux enfants par le virus gonorrhéique dissous dans une aussi grande quantité d'eau, car il est évident que la mère avait contracté l'affection dans des rapports avec un autre individu. (*Gazetta medica di Milano.*)

SULFATE DE ZINC DANS LA BLENNORRHAGIE.

L'emploi du sulfate de zinc dans les écoulements de l'urètre est fort ancien. Mais jusqu'ici on avait spécialement recours à ce moyen dans la forme chronique, ou lorsque le mal avait plusieurs jours de durée. Si parfois on y recourait au début du mal, ce n'était qu'en l'employant concurremment avec d'autres moyens sur lesquels on comptait davantage pour tarir l'écoulement urétral. Il est vrai qu'on le formulait à une dose beaucoup plus faible que celle qui vient d'être proposée par M. Aubert-Roche. Ce médecin vit employer en Égypte, dans l'ophthalmie de cette contrée, un collyre dit de Luxor, et qu n'est autre chose qu'une solution de sulfate de zinc, dans la proportion d'un scrupule pa once d'eau, et il fut frappé des résultats ob tenus par ce moyen. Il eut l'idée de l'appliquer, sous forme d'injection, au traitement de la blennorrhagie. Il l'essaya d'abord sur un Arabe qui fut guéri en 48 heures. Depuis, il y a eu recours dans un grand nombre de cas, et toujours avec succès. Dès qu'un individu, après s'être exposé, commençait à ressentir du chatouillement dans le canal, il lui faisait faire des injections de sulfate de zinc, et la blennorrhagie avortait.

M. Moreau, de Tours, a obtenu également de beaux résultats du même moyen; nous croyons donc devoir le recommander à l'attention de nos confrères.

(*Annales de la Société de Médecine d'Anvers.* — Juillet 1845.)

DE LA PELLAGRE EN FRANCE.

M. BALARDINI. — M. TH. ROUSSEL.

La pellagre, regardée jusqu'alors comme une maladie endémique dans certaines contrées de l'Italie, semble vouloir faire

élection de domicile en France, et attire en ce moment l'intérêt et des savants et de l'administration.

Il arrive aussi ce que l'on peut remarquer dans toutes les circonstances analogues, c'est que bien des susceptibilités sont éveillées à propos de la découverte de cette maladie, et que plusieurs observateurs revendiquent le mérite d'avoir mis en lumière un fléau, qui va soulever au moins autant de discussions que de craintes.

Déjà nous avons eu occasion de parler de cette mystérieuse maladie, à propos d'un mémoire présenté par M. Roussel (1), à l'Académie ; déjà aussi nous signalions un travail de M. Marchand sur une endémie de pellagre, qu'il aurait observée dans les Landes, et nous remettions à en parler au moment où l'Académie de médecine se trouverait saisie du rapport sur ce travail, nous réservant d'en donner alors notre opinion en toute connaissance de cause. Ce rapport a été présenté par M. Jolly (2), dans la séance du 3 juin dernier. Il en résulte que M. Marchand se serait surtout attaché à donner une description complète de la maladie, et qu'il aurait retrouvé dans l'endémie des Landes, tous les caractères de l'endémie italienne. Sans nous occuper de reproduire ces caractères dont nous reparlerons plus tard, nous dirons seulement que l'identité semblerait établie, surtout si l'on joint aux observations de M. Marchand, celles de M. Th. Roussel. Mais ce n'était pas là que devaient se borner les recherches des savants; il fallait étudier l'étiologie de cette pellagre, si subitement révélée aux praticiens français, rechercher les conditions anormales qui devaient présider à son développement, et mettre l'administration à même de détruire un fléau, dont les progrès pourraient devenir un jour redoutables. M. Marchand, après avoir décrit ce qu'il appelle une *gastro-entéro-rachialgie*, a indiqué la voie qu'il fallait suivre, pour chercher des lumières et des renseignements sur la véritable nature de la pellagre. La commission, suivant ces données, a fait intervenir toutes les causes qui peuvent débiliter profondément l'économie, tout ce qui enfin mérite à cette pellagre le nom de *mal de misère*, que les Italiens lui ont donné, ajoutant, par l'organe de son rapporteur « qu'il devait exister en outre un principe étiologique inhérent aux localités, inhérent à la vie matérielle du pays, inconnu jusqu'à ce jour et qu'il convient de poursuivre dans la décomposition et l'étude particulière des mille éléments constitutifs de la misère, dans la nature et les productions du sol, dans l'altération de l'air, dans les qualités accidentelles des aliments et des boissons »... On était, comme on voit, loin de résoudre la question. Avant de nous occuper, et c'est là notre intention principale, des observateurs qui ont cherché à pénétrer plus profondément dans la grande question de l'étiologie de la pellagre, nous devons dire que M. le docteur Hameau a revendiqué l'honneur d'avoir le premier signalé l'endémie des Landes, que d'un autre côté M. Roussel a réclamé le mérite d'avoir rapporté les premiers faits de pellagre observés en France, mérite qui lui appartient réellement.

La thèse que M. Théophile Roussel a soutenue sur la pellagre est l'œuvre la plus complète au point de vue de l'étiologie et de la thérapeutique. Notre intention est de la faire connaître aussi complétement que possible. Mais avant de l'analyser, nous avons cru devoir présenter ici le résumé d'un mémoire très-important aussi, que M. Balardini vient de publier sur le même sujet. La question de l'endémie pellagreuse tient depuis longtemps éveillée toute la sollicitude et des observateurs et des gouvernements de l'Italie; elle a été l'objet de nombreuses discussions, et aussi de nombreux systèmes : nous connaissons déjà les opinions du docteur Calderini (1), qui fait de la pellagre une dégénérescence de la syphilis; déjà aussi nous avons signalé un mémoire du docteur Balardini, qui attribuait la pellagre à l'usage du maïs (août 1844). Cette proposition fut rejetée par le congrès scientifique de Milan, qui était appelé à la juger; depuis, M. Balardini, reprenant sa thèse plus en détail, a fait un long mémoire, dont nous allons présenter ici les données principales, données qu'il est important de connaître pour

(1) *Annales*. — T. I, p. 30.

(2) La commission qui a examiné le travail de M. Marchand, pour répondre à un vœu du ministère, était composée de MM. Alard, Emery, Gerdy et Jolly.

(1) *Annales*. — T. I, p. 340.

établir ensuite leur valeur comparative avec les idées que nous devons signaler dans la thèse de M. Th. Roussel.

DE LA PELLAGRE, DU MAÏS, CAUSE PRINCIPALE DE LA MALADIE, ET DES MOYENS D'EN ARRÊTER LES PROGRÈS;

Par L. BALARDINI, médecin à Brescia.

(*Annali universali di medicina.* — Avril, 1845.)

Les maladies endémiques, telles que la radesyge norwégienne, le bouton d'Alep, la plique polonaise, le mal de Cayenne, la pellagre, etc., qui sont particulières et bornées à certaines contrées, ne peuvent vraisemblablement se développer et persister sans l'action permanente de causes physiques, locales, propres à les engendrer, et on ne peut espérer de les éloigner, si on ne parvient d'abord à découvrir leurs causes qui devront ensuite être combattues par des moyens bien dirigés et la coopération efficace des gouvernements. C'est sur ces causes surtout, relatives à la pellagre, que l'auteur a dirigé son attention, ne trouvant pas que celles qui ont été invoquées jusqu'à présent répondent suffisamment au génie véritablement endémique de cette affection.

Ainsi le Milanais Frapolli qui, le premier, a décrit, dès 1771, la nouvelle maladie de la Lombardie, et, après lui, Albera, Gherardini, Moris, Griva, Nardi et autres, l'ont attribuée à l'insolation, parce qu'ils remarquèrent que les premiers rayons de soleil, au printemps, déterminaient de la rougeur, le fendillement et le soulèvement de l'épiderme des pellagreux sur les parties exposées à l'action de l'air. Mais si telle était la cause productive de la maladie, celle-ci serait aussi ancienne que le soleil, et cet agent devrait avoir le même effet délétère chez les autres peuples des pays méridionaux surtout. D'ailleurs, ce n'est pas seulement dans l'exfoliation périodique de la peau que consiste la pellagre, mais dans une altération générale, organique, bien plus grave que celle-là...

Jansen, puis, plus tard, Bellotti, Titius, Zecchinelli, Biscaglia, Allioni, Fontana di San-Guisto, Ghirlanda et Joseph Frank lui-même, ont attribué la cause de la maladie à un miasme, un principe délétère répandu dans l'atmosphère et de nature contagieuse. Mais outre que, contrairement aux autres principes contagieux, la pellagre se montre plusieurs fois chez les mêmes sujets, sous l'influence de la répétition des mêmes causes, on ne rencontre pas cette affection dans les villes où l'accumulation de population favorise singulièrement le contact; d'ailleurs on voit tous les jours des individus sains vivre avec des pellagreux, sans être atteints. M. Balardini a eu de fréquents exemples de ce fait, qui concorde avec ceux de Frapolli, Odoardi, Strambio, Fanzago, Soler, Moris, Nobili, etc. Gherardini et M. Balardini ont aussi prouvé directement le peu de solidité de cette opinion en inoculant en vain l'humeur de l'érythème pellagreux; Buniva, en inoculant la salive, le sang; de Rolandis, la sanie fétide des ragades que l'on trouve chez les pellagreux; ce dernier n'a obtenu que quelques légères pustules insignifiantes. Quant aux miasmes, il est certain qu'ils devraient agir aussi bien sur les habitants des villes, sur les gens aisés ou sur ceux qui exercent certaines professions que sur ceux qui se livrent à la culture de la terre. S'il en était ainsi d'ailleurs, comment expliquerait-on l'affaiblissement ou la cessation de la maladie chez ceux qui changent seulement de genre de vie et d'alimentation?...

Thouvenel a attribué l'apparition de la maladie à une altération spéciale survenue dans le climat et le régime alimentaire, le premier ayant été influencé par le système d'irrigation adopté en Lombardie, tandis que le second s'est composé principalement de blé de Turquie, qu'il ne regarde cependant que comme une cause prédisposante. Mais on peut objecter à cette doctrine que la pellagre atteint presque exclusivement les agriculteurs; laisse intactes les autres classes d'habitants du même pays, et que non-seulement elle est très-répandue dans le Milanais et les autres parties de la Lombardie, où l'irrigation est générale, mais qu'elle atteint à un degré presque égal les autres contrées plus élevées, plus sèches du pays vénitien, du Piémont, des pays d'outre-Pô... Giuseppe Cerri, remarquant que les collines et les lieux médiocrement élevés étaient le siége principal de la maladie, en accusa la nature particulière du sol qui, dans les terrains crayeux et secs, reflète trop vivement les rayons solaires; mais on rencontre des pellagreux tout aussi bien dans les endroits bas et marécageux. Telle est l'opinion aussi de Strambio, Fanzago, Boerio, Moris.

D'autres, ne voyant dans la maladie en question qu'une dermatose, une affection herpétique, crurent en trouver la cause dans la malpropreté des individus, des vêtements, des habitations, dans l'usage des chairs salées, de porc, d'huiles rances et âcres de colza et autres, de poissons salés, de vieux fromages, d'eaux impures, dans l'abus du sel de cuisine et d'autres substances propres à altérer l'organisme. Mais la pellagre ne sévit pas contre certaines populations très-sales et sévit contre les paysans de la Brescia, les plus propres de l'Italie; l'usage des viandes salées est d'ailleurs plutôt en usage dans les villes, etc.

Les gens du peuple attribuent la pellagre à l'état de misère des paysans, à la dépression des facultés intellectuelles, aux aliments peu substantiels, peu proportionnés à la dépense de forces; c'est pourquoi ils l'appellent *mal della miseria;* si, en effet, ces causes peuvent prédisposer, pourquoi produisent-elles ici la pellagre, tandis qu'elles ne la développent pas dans des pays tout aussi malheureux.

On ne peut guère prendre en grande considération l'opinion ingénieuse du docteur Carlo Gallo-Calderini, qui regarde la pellagre comme une émanation de la syphilis, car elle devrait exercer plus de ravages dans les villes et chez d'autres nations qu'en Lombardie, et d'ailleurs on ne la ferait pas cesser par un simple changement de nourriture et de lieu.

Toutes ces causes enfin qui, prises une à une, ne paraissent pas à l'auteur propres à expliquer le développement de la pellagre, n'ont pas plus de valeur, selon lui, alors qu'elles sont réunies.

Les conditions physiques, climatériques, topographiques et morales ne sont pas aussi changées en Lombardie qu'on a voulu le faire croire, et si elles le sont, c'est plutôt d'une manière avantageuse pour la contrée.

« Une seule des conditions qui intéresse le « plus la vie a été changée depuis un certain « nombre d'années seulement, c'est la nature « de l'alimentation du paysan depuis l'intro- « troduction du *zea maïs* ou blé de Turquie. « Aussi suis-je conduit à établir que les diffé- « rentes causes, citées plus haut, peuvent « bien prédisposer à la pellagre comme à « d'autres maladies, mais qu'elles ne suffisent « pas seules à la produire, indépendamment « d'une cause spéciale, nouvelle, qui n'exis- « tait pas anciennement, sans laquelle il n'y « avait pas et il n'y a pas de pellagre, et « avec laquelle elle se rencontre constam- « ment; et cette cause réside uniquement « dans le changement de nourriture qui a eu « lieu dans ce pays où on a adopté le maïs « comme aliment presque exclusif depuis que « la culture en a été aussi généralisée. »

D'autres médecins distingués avaient déjà émis une semblable opinion, tels sont Fanzago, Marzari, Guerreschi, Buccio, Chiarugi, Lette, Liberali et autres; M. Balardini, s'appuyant sur les observations de ces auteurs et sur les siennes propres, cherche à la soutenir en se servant des arguments et faits suivants :

1° L'origine de la pellagre n'est pas ancienne, et celle-ci s'est manifestée et propagée en même temps ou peu de temps après l'introduction et la généralisation de la culture du blé de Turquie.

2° Cette affection sévit généralement et exclusivement sur les provinces de l'Italie supérieure et sur un petit nombre d'autres pays où le maïs est devenu la nourriture presque exclusive des paysans.

3° La pellagre ne règne pas au contraire dans une grande étendue de pays, dans une province entière de l'Italie septentrionale, la Valteline, où les autres causes, à l'exception de l'usage du maïs, les autres influences invoquées par les auteurs, sont portées à un degré plus considérable.

4° Elle épargne les gens aisés, les citadins, ceux qui se nourrissent de bons aliments; elle s'affaiblit et cesse même tout à fait, si toutefois elle n'a pas altéré profondément la constitution, lorqu'on cesse l'usage habituel du mauvais pain de maïs et de la polenta et qu'on y substitue d'autres aliments.

5° Enfin et surtout la fréquente altération ou maladie du maïs lui-même, maladie qui provient de sa maturité imparfaite, de l'humidité assez commune en Lombardie pendant les années froides et pluvieuses, humidité défavorable à une plante habituée à des pays plus chauds, maladie qui consiste dans l'apparition d'un véritable fongus parasite particulier sur le maïs, modifie les qualités physiques et chimiques de ce grain, le rend âcre et propre à déterminer une forme spéciale de maladie.

Aucun des anciens médecins italiens, Ramazini lui-même, qui écrivait en 1713, n'ont fait mention de la pellagre; on n'en trouve pas de traces dans les auteurs avant l'année 1770, et Frappoli est le premier qui, en 1771, ait attiré l'attention sur cette maladie qui parut ressembler à celle décrite en 1755, par Thierry, sous le nom de mal de la rose des Asturies. Odoardi, médecin de Bellune, en annonça en 1776 l'apparition dans le pays vénitien, la désigna sous le nom de scorbut des Alpes, et prétendit qu'elle avait été découverte quelques années auparavant par son prédécesseur J. A. Pujatis, qui, par certaines circonstances, n'avait pas pu la faire connaître au public.

Pendant les années suivantes on vit la pellagre se répandre peu à peu dans les autres provinces lombardes, vénitiennes et subalpines, gagner les campagnes transpadanes jusqu'aux Appenins, et plus tard franchir ces montagnes elles-mêmes, paraître en Toscane, se glisser dans les vallées du Tyrol méridional, où, selon Mazzanelli, elle était très-répandue après 1790. Enfin, dans les dernières années on l'a vu apparaître en France, dans les départements de la Gironde, des Landes, au pied des Pyrénées et dans d'autres localités. (Léon Marchand, Rapport à l'académie royale de médecine. Gintrac, Fragment de médecine clinique. Bordeaux 1841.)

Moscati, Gherardini, etc., etc., regardent la pellagre comme une maladie nouvelle, parce que les documents qui en démontrent l'ap-

parition ne remontent pas au delà de l'année 1840.

On doit donc croire que cette affection apparut dans la première moitié du dernier siècle, sans qu'elle eût dès le principe attiré l'attention générale. C'est précisément à la même époque que les mémoires contemporains, les registres annonaires des archives, rapportent la propagation de la culture du zea maïs, plante qui était déjà connue auparavant, mais non employée comme aliment ordinaire. L'auteur prouve par ses recherches que ce n'est que vers 1710 que le maïs commençait à se vendre en quantité notable sur les marchés de Milan, de Modène, etc., et à se substituer en partie aux grains anciennement en usage, tels que le froment, le seigle, le millet, à cause de la facilité de sa culture, de l'abondance de ses produits et de la modicité de son prix (1).

C'est aussi d'abord dans les pays bas, les plaines plus favorables à la culture du maïs que l'on observa la pellagre: les registres des hôpitaux en font foi. Plus tard le blé de Turquie et la maladie envahirent aussi les collines et différentes parties du pays de Venise, du Piémont, du Tyrol italien, des provinces transpadanes, et l'intensité de cette dernière augmenta dans des proportions tellement effrayantes, que les relevés parvenus à l'autorité à la fin de 1830 portaient le nombre des pellagreux, pour la seule Lombardie, à plus de vingt mille. Les hôpitaux de fous, dans les pays lombards et vénitiens, comptent au nombre de leurs malades un tiers d'individus atteints d'affections cérébrales par pellagre; ceux du Piémont en comptent un quart, et à Brescia, le rapport officiel de 1843 évalue leur nombre aux trois quarts au moins.

L'auteur prétend qu'en deux siècles l'usage du maïs s'est répandu au point de constituer à lui seul, dans le Milanais, les *neuf dixièmes* de la masse alimentaire prise journellement par les cultivateurs. Ils s'en servent en pain grossier et mal cuit, en bouillie ou polenta, en ragoût, etc. Il ne peut concevoir comment on a pu soutenir au congrès de Milan qu'il n'existait aucun rapport entre l'abus que l'on faisait de cet aliment, et l'extension et la gravité de la pellagre, car il est notoire que dans les provinces de Brescia et de Bergame, où l'on fait un usage immodéré du maïs, usage passé en proverbe, le nombre des pellagreux est considérable relativement à la population.

On observe, et Strambio lui-même avait observé des effets analogues dans le haut Milanais, que s'il existe moins de pellagreux dans les districts montagneux de Bellano, Douga, etc., c'est que leurs habitants émigrent pendant environ neuf mois de l'année, pour se livrer à des industries particulières; si, d'un autre côté, la maladie fait moins de ravages dans le bas Milanais, c'est que le sol y est plus riche en toute sorte de grains, en riz surtout, qui partage avec le pain, la polenta et les viandes les honneurs de la table des villageois plus aisés. Enfin M. Balardini passe en revue la plupart des pays où règne la pellagre, pays qu'il a visités, et établit par des documents qui paraissent assez positifs, que, contrairement à ce qu'on a voulu soutenir devant le dernier congrès scientifique d'Italie, là où elle exerce le plus de ravages, là aussi l'usage du maïs est le plus répandu, le plus exclusif; que cette influence du blé de Turquie diminue ou disparaît même complétement dans les pays où l'on use en même temps d'une autre alimentation, et où il ne forme plus qu'une partie accessoire de la nourriture, ou bien encore où cette graine croît dans des conditions favorables, qui la préservent de la maladie qui lui est propre et la rendent moins malsaine; tels sont le royaume de Naples, la Sardaigne, la Sicile, etc.

Si l'on cherche des exemples au dehors de l'Italie, M. Balardini renvoie d'abord aux recherches faites sur le mal de la rose des Asturies (qu'il considère avec la pellagre comme une seule et même affection), et cite un passage de J. Towsend (Voyage en Espagne en 1786-87) où cet auteur s'explique d'une manière plus explicite que Thierry, sur sa cause. Voici ses paroles: « Outre l'humidité relâ« chante du climat, la nourriture ordinaire « des habitants contribue beaucoup à la nais« sance de plusieurs des maladies qui rava« gent cette principauté. On y mange peu de « viande et on y boit peu de vin. La nourri« ture habituelle est composée de maïs avec « des fèves, des pois, des châtaignes, des « pommes, des poires, des melons et des con« combres. Le pain, fait avec la farine de « maïs, n'est point levé, ne fermente point « et reste à l'état de pâte. »

« Quant à la France occidentale, continue « M. Balardini, et aux landes de la Gascogne, « où M. Gintrac a vu régner la pellagre, dans « une certaine extension (je ne fais pas en« trer ici en ligne de compte deux cas qui « paraissent s'être présentés à Paris sur des « individus de la campagne (Voir Théoph. « Roussel. Revue médicale, juillet 1842). La « nourriture de l'agriculteur, qui y est très« pauvre, consiste, au dire de Bonafous, « presque exclusivement en pain de maïs, « substitué depuis quelque temps à celui de « froment, et que l'on mange cassé et trempé « dans l'eau ou le vin, car le paysan aisé de

(1) C'est dans la première moitié du dix-huitième siècle que le duc de Milan Joseph II fit ouvrir un hôpital pour les pellagreux, et en confia la direction au médecin Gaetano Strambio.

« la Gascogne ne mange peut-être pas plus « d'une once par jour de nourriture animale; « et la généralité des cultivateurs qui habi- « tent la rive gauche de l'Adour, vit des se- « maines entières sans presque associer au- « cune espèce de mets au pain de maïs. » — « De tels faits répondent aux objections qu'on « m'a opposées au congrès de Milan, et dans « lesquelles on affirmait que la pellagre était « endémique au pied des Pyrénées, bien « qu'on n'y connût pas l'usage du zea maïs.»

L'auteur fait remarquer que les pays d'Europe sur lesquels la pellagre sévit avec le plus d'intensité se trouvent situés dans une grande zone comprise entre les 43° et 46° de latitude, et constituée par l'Italie supérieure principalement, la France occidentale-méridionale et l'Espagne septentrionale, zone limitée par des chaînes de hautes montagnes qui en rendent le climat humide, l'aération moins facile, par des vallées, de vastes bassins abondants en eaux et exposées à des pluies journalières : c'est dans cette langue de pays que s'est développée la culture du maïs qui n'y prospère pas toujours ou du moins qui n'y vient pas à maturité suffisante en raison des influences du climat.

M. Balardini fait une exception en faveur d'une portion de pays sur lequel il a publié des recherches statistiques curieuses. Dans la province lombardo-vénitienne de Sondria, la Valteline, la pellagre est fort peu connue (il n'y a eu dans ce pays que deux pellagreux dans toute l'année 1830), malgré la pauvreté des paysans, les travaux rudes et incessants auxquels ils se livrent, la maigre nourriture qu'ils prennent, et cela, selon lui, parce que le maïs n'entre qu'en petite proportion dans leurs aliments : leur pain et leur soupe sont préparés avec le seigle et le sarrazin qui contiennent une quantité notable de gluten.

Veut-on d'autres preuves de l'influence de l'alimentation avec le maïs sur le développement de la pellagre? On a observé que dans la même commune, certaines familles d'agriculteurs, qui ne font usage que de polenta ou de pain jaune, sont atteintes de la pellagre au point de perdre plusieurs de leurs membres dans la force de l'âge, tandis que la maladie épargne ou maltraite bien moins celles qui n'en font point un usage exclusif. On voit même assez souvent dans une même famille pellagreuse celui qui, par des circonstances particulières, se nourrit d'autre chose que de polenta seule, être exempt de l'affection, etc.

G. Cerri fit en 1795 des expériences dans lesquelles il nourrit dix paysans pellagreux avec de bons aliments composés en partie de substances animales et avec du bon pain en place de celui de maïs et de la polenta dont ils usaient auparavant, et eut la satisfaction de voir leur état s'améliorer, puis de ne plus observer au printemps suivant, l'erythème caractéristique et les autres symptômes de la maladie. — D'autres médecins, et M. Balardini lui-même, ont répété les mêmes expériences et obtenu les mêmes résultats; il a vu le mal s'effacer chez les jeunes gens chez lesquels il n'avait pas fait trop de progrès, diminuer d'intensité chez ceux qui étaient profondément atteints, et enfin reparaître chez ceux qui reprenaient leur ancien mode d'alimentation avec le maïs. Tous les jours on rencontre des jeunes gens qui, atteints de la maladie et contraints par la conscription de changer de pays et surtout de mode de nourriture, guérissent et retrouvent leur première vigueur. Aussi M. Balardini, chaque fois qu'il a fait partie des commissions provinciales pour la levée des troupes, n'a-t-il pas hésité à déclarer bons au service les fils de familles pellagreuses, quand bien même ils portaient aux mains les premières traces de l'affection. — Il en est de même des habitants de la campagne qui vont exercer diverses professions dans les villes, et qui dès lors mangent de bon pain, et des substances animales.

Nardi raconte qu'un paysan, atteint avec violence de pellagre, fut pris au service dans une maison riche en qualité de domestique; bientôt il fut délivré de son mal. Se croyant guéri, il voulut retourner quelques années après à la vie des champs et à la nourriture de maïs, et retomba bientôt dans son ancien état de maladie. Rentré au service, il guérit de nouveau, et perdit encore la santé en reprenant son ancien métier. Enfin il guérit pour toujours dès qu'il se décida à rester définitivement domestique.

G. Bonetti cite une observation analogue faite chez un chien de chasse, sur le dos duquel l'usage du maïs avait fait développer une espèce d'erythème mordicant que l'on fit cesser à plusieurs reprises en changeant sa nourriture.

G. Zantedeschi affirme que la pellagre disparut complétement dans la Valtrompie supérieure pendant les années 1816 et 1817, époque à laquelle le prix du maïs devint tellement élevé, que les basses classes du peuple furent obligées d'y renoncer, et que cette maladie se montra de nouveau, en 1819, après qu'il y eut eu une dépréciation considérable des grains, etc., etc.

Parmi les médecins qui ont été portés plus ou moins à attribuer au maïs l'origine de la pellagre, il faut citer Amoretti, Fanzago, Thouvenel, Buccio, Marzari, Guerreschi, G. Cerioli (1), Facen (2), Ballardi, Cocchi et d'au-

(1) 1808 à 1818.
(2) 1842.

tres médecins cantonnaux des provinces lombardes, Alberico Cerri (1824), C. Cerri 1842, Triberti 1829 et 1830, dont M. Balardini cite les ouvrages et les opinions.

Il résulte de leurs observations que si l'abus du maïs sous forme de polenta est la source de la pellagre dans beaucoup de localités, on doit reconnaître dans le pain mal confectionné avec ce grain un aliment encore plus insalubre, car les accidents qu'en détermine l'usage sont beaucoup plus graves que chez les gens qui ne se servent que de la première de ces préparations.

Les habitants de quelques villes surtout, a-t-on objecté à l'opinion de M. Balardini, se nourrissent aussi de maïs dans une certaine proportion et ne sont cependant pas atteints de pellagre. Cela est vrai ; mais d'abord ils se servent de la meilleure qualité de farine, puis ensuite ils n'en font pas leur nourriture exclusive, n'en prennent en général qu'une fois par jour en polenta, et mangent le reste du temps du pain de froment, une nourriture animale, et cela est si vrai, que l'auteur affirme n'avoir pas pu, malgré ses investigations, trouver un seul cas d'individu véritablement pellagreux, qui n'eût pas fait un usage habituel du zea maïs sous l'une ou l'autre forme, ou ne descendît pas de parents pellagreux.

D'ailleurs les écrivains qui ont parlé du maïs, Francesco Hernandez, don Antonio de Polis, Tissot, A. de Humbolt, J. P. Franck, n'ont-ils pas dit que même au Mexique, pays d'où il a tiré son origine, il déterminait, chez ceux qui en faisaient un fréquent usage, des érythèmes, des affections cutanées, diverses maladies intestinales et la faiblesse à cause de ses propriétés peu nutritives. Les analyses de ce grain ont prouvé en effet qu'il est privé complétement du gluten qui constitue la partie la plus animalisable des autres céréales. Si l'on ajoute que le maïs, tel qu'on s'en sert pour les aliments, est mal cuit et est rendu dans les excréments presque sans avoir été décomposé, on en conclura que ce n'est qu'un mauvais aliment.

Mais il offre encore d'autres inconvénients : sans parler de la maladie du maïs appelée *uredo moydis*, de son ergot qui produit en Colombie une affection particulière, la pellatine, des insectes qui viennent l'altérer, M. Balardini donne la description d'une dégénérescence particulière de ce grain, et que l'on nomme vulgairement *verderame*, rapportée par Cesati au genre *sporisorium*. La verderame consiste dans le développement d'une matière verdâtre à la place même du germe, matière qui envahit de plus en plus la pulpe de la graine. L'analyse microscopique comme l'analyse chimique démontre évidemment que c'est un fongus parasite qui, outre les éléments chimiques du maïs, contient encore de la stéarine, de la résine, de l'acide fungique et une substance azotée, fluide, ammoniacale. Cette production modifie non-seulement les propriétés physico-chimiques de la graine, mais change sa saveur habituelle, qu'elle rend un peu amère et âcre, déterminant de la chaleur au palais, le long de l'œsophage, et des nausées ; plus d'un septième de son poids est atteint par la matière fongueuse qui se développe plus particulièrement après les années froides et pluvieuses, ou dans les lieux humides, comme le prouve l'auteur par des expériences directes. Il s'est assuré que le maïs ainsi altéré se trouvait en proportion assez notable dans la nourriture des paysans, qu'il prenait par conséquent un goût un peu amer et aigrelet, et c'est à cette circonstance qu'il attribue surtout le développement de la pellagre.

Le docteur Sette avait déjà remarqué que le nombre des pellagreux augmentait considérablement après les automnes ou les années pluvieuses et froides, et que ces malades avaient fait usage de maïs, dont le grain était altéré ou non arrivé à maturité à cause de cette intempérie des saisons.

Guerreschi rapporte qu'en 1814, lorsque les troupes coalisées occupaient le Piémont, à défaut d'avoine on donna aux chevaux de la cavalerie du blé de Turquie, qu'ils refusèrent de manger à cause de sa mauvaise qualité ; les soldats l'ayant vendu à vil prix aux paysans, ceux-ci s'en servirent comme d'aliment, et au bout de quelque temps, jamais on on n'avait vu autant de pellagreux dans ce pays.

Pievani, Viotti, Omboni, Strambio, citent des faits et des opinions analogues.

M. Balardini a fait plusieurs expériences sur lui-même, sur d'autres personnes et principalement sur les gallinacées avec le maïs atteint de verderame, afin de bien s'assurer de ses qualités délétères.

La polenta faite avec ce maïs donna d'abord des traces d'acidité ; elle était d'un goût amer, nauséabond, fit naître un sentiment d'ardeur qui, du palais, s'étendit le long de l'œsophage, des nausées, des éructations, un sentiment général de langueur, de malaise, qui persistèrent pendant tout le jour. La même espèce de graine, donnée à un certain nombre de poulets, parut bientôt être prise par eux avec dégoût, empêcher leur développement, les rendre malades, languissants, tandis que d'autres de ces animaux, placés dans les mêmes conditions, mais nourris avec de la graine saine, présentèrent une nutrition vigoureuse et normale. Ces expériences furent répétées un certain nombre de fois.

L'auteur conclut de tous ces faits :

1° Que la partie alibile de la graine altérée

devient moins propre à la nutrition, à la réparation de l'organisme et des forces, puisque l'on voit maigrir et dépérir lentement les animaux qui en usent exclusivement.

2° Que cette graine, atteinte de verderame, contient aussi des principes délétères, âcres, inassimilables, qui exercent une action nuisible sur l'organisme, altèrent la condition normale des organes digestifs, et déterminent le développement d'une forme particulière de maladie, telle que la pellagre; de la même manière que d'autres poisons végétaux ou d'autres graines céréales atteintes de certaines dégénérescences fongueuses, produisent aussi certaines formes de maladie chez l'homme (l'ergotisme par exemple).

La sueur des pellagreux offre une odeur de moisissure toute caractéristique et bien connue, qui est en tout semblable à celle du maïs atteint de verderame. M. Balardini croit que cela provient de ce que certains principes non assimilables du grain sont rejetés au dehors par cette voie.

Quant au sang, il présente les altérations qui se rencontrent dans les autres cas d'empoisonnement par des poisons végétaux; il est toujours plus fluide, noirâtre, à peine couvert quelquefois d'un léger voile couenneux, à cause de la raréfaction de sa fibrine. L'examen microscopique a montré à l'auteur un nombre de globules moindres et ceux-ci plus petits, irrégulièrement déprimés au milieu.

Mais ce qui, outre ces divers arguments, sert à confirmer cette opinion, que la pellagre est une affection générale causée par la qualité des aliments, ce sont les résultats du traitement le plus propre à la combattre, tels que le changement de nourriture, en substituant à celle qui est ordinaire aux paysans du bon pain de froment, l'usage de substances animales, du lait, des bains, des sucs dépuratifs, des amers et des martiaux surtout, qui ont une action directe sur l'hématose, et qui sont supportés même à haute dose.

Les premiers phénomènes présentés par la pellagre démontrent que c'est la muqueuse gastro-intestinale qui ressent la première l'effet pernicieux des aliments préparés avec le maïs souvent altéré, et que, pour peu que cet effet continue, il doit jeter du trouble dans les fonctions de nutrition; le système ganglionnaire abdominal par conséquent, et de là, par irradiation, le cerveau et ses membranes se trouvent affectés. Ainsi on remarque d'abord tous les troubles des fonctions digestives qui indiquent une gastro-entérite : le pyrosis, la soif vive, l'ardeur au gosier, les aphtes, les flatulences, la cardialgie, puis plus tard la dyssenterie et la diarrhée habituelle, etc. On voit paraître tous les signes d'une nutrition défectueuse, causée par cette irritation et par l'introduction dans l'économie de principes délétères, le mauvais teint, la chlorose, la perspiration odorante, les engorgements glandulaires et viscéraux, les divers troubles nerveux, la céphalée opiniâtre, les vertiges, la mélancolie, puis enfin la manie pellagreuse.

L'érythème cutané est la conséquence de l'irritation des premières voies, c'est un phénomène consensuel qui se présente sous diverses formes dans les affections gastro-entériques en général et qui peut être comparé à l'érysipèle, au prurigo, à la gutta rosacea qu'on voit naître sous l'influence de l'ingestion de certains œufs de poisson, de viandes salées, de boissons alcooliques.

L'éruption qui accompagne la pellagre doit être considérée comme un signe de la saturation par le principe âcre du maïs; elle doit aussi se manifester de préférence aux parties du corps qui sont découvertes habituellement à cause de l'action stimulante que les rayons solaires exercent sur elles, surtout au printemps, époque d'excitation et où la peau du laboureur est devenue plus susceptible, plus impressionnable après la saison d'hiver qu'il a passée, enfermé dans des étables.

Tous ces faits, tous ces raisonnements démontrent d'une manière incontestable, selon la conviction de l'auteur, que la principale, pour ne pas dire l'unique cause de la pellagre doit se trouver dans l'abus que les paysans font du blé de Turquie, et surtout de celui qui n'est ni sain, ni parfaitement mûr. Il en résulte manifestement que pour obtenir l'extinction de la maladie, il faut renoncer à l'usage immodéré de l'aliment qui la produit, ce qui ne veut pas dire qu'on doive en proscrire absolument l'usage, car le maïs bien mûr, non atteint de maladie, pris en quantité modérée et mélangé à d'autres farines plus nourrissantes et à des substances animales, peut satisfaire sans inconvénient aux besoins des pauvres campagnards, et c'est même à ces conditions qu'on peut en permettre l'usage; mais il faut par conséquent aussi supprimer le pain jaune, fait avec la seule farine de maïs et lui substituer le pain mêlé de froment, de seigle, de millet, anciennement en usage, ou si l'on veut y ajouter une certaine proportion de bon maïs, ne le faire que dans la proportion de pas plus de la moitié, et exiger qu'il soit bien levé et bien cuit, etc., etc.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Paris. — Typ. Lacrampe et Comp., rue Damiette, 2

2e ANNÉE. 2e VOLUME. — No 11. JUIN 1845.

ANNALES

DES

MALADIES DE LA PEAU

ET

DE LA SYPHILIS,

PUBLIÉES

Par Alph. CAZENAVE,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Médecine, etc.

Periculosum est credere et non credere.

SYPHILIS.

OBSERVATIONS ET REMARQUES

sur la

FIÈVRE SYPHILITIQUE PRIMITIVE.

L'étude comparative de l'infection syphilitique et des autres infections virulentes nous montre à chaque pas des analogies intimes et des contrastes frappants; mais il est facile de voir que ces derniers ont, bien plus que les premières, attiré l'attention des observateurs, et cette particularité explique comment la doctrine, qui nie l'empoisonnement général primitif dans la syphilis, a pu être professée par des hommes d'un grand mérite. Une des circonstances qui ont servi à étayer cette doctrine, c'est l'absence habituelle de symptômes généraux après la contagion syphilitique, symptômes que l'on observe au contraire le plus souvent à la suite de presque tous les autres empoisonnements virulents. Cette absence de symptômes est sans contredit un fait très-général dans l'histoire de la syphilis; toutefois on peut dire qu'ici, comme ailleurs, les écrivains qui se sont succédé se sont beaucoup plus répétés les uns les autres, qu'ils ne se sont occupés de contrôler les observations de leurs prédécesseurs, et surtout qu'ils n'ont cherché à en faire de nouvelles; c'est ainsi que ce fait, de l'absence de phénomènes généraux dans les symptômes primitifs de la vérole, est resté dans la science tel que les plus anciens auteurs l'y ont consigné; c'est à peine même si on le trouve mentionné dans certains ouvrages qui passent pour être à peu près complets. M. Baumès, qui est de tous les auteurs récents celui qui s'en occupe de la manière la plus spéciale, se borne à en dire ce qui suit : « ..... La modification qu'éprouve le virus « syphilitique absorbé, dans le système « sanguin ou le système lymphatique, lui « ôte une partie de sa virulence, de ma- « nière que les centres nerveux et les prin- « cipaux organes sont moins sensibles à « son action que les parties génitales qui, « dans le coït, en ont éprouvé les pre- « mières le contact. Cependant, si l'on « était plus attentif, l'on verrait que chez « certaines constitutions très-irritables, « chez certains individus favorablement

« disposés à contracter ce que l'on pourrait appeler le tempérament syphilitique, « ces prodrômes, ces symptômes généraux « existent quelquefois avant l'apparition « de tout symptôme local. L'on observe, « en effet, dans ces cas, un malaise dans « les parties génitales, un malaise général, des douleurs vagues dans les plis de « l'aine, des coliques, un mouvement fébrile, quelques symptômes nerveux, etc. « C'est après ces manifestations que le « phénomène de réaction locale, le chancre apparaît. »

Ces indications, évidemment un peu hasardées, prouvent que M. Baumès a plutôt été frappé du fait général, qu'il n'en a observé les détails. Pour établir d'une manière aussi précise et aussi générale les caractères de ce que l'on pourrait appeler la *fièvre syphilitique*, il faudrait posséder des faits nombreux, ou pour le moins très-exacts; ces faits n'existent point. C'est ce qui me fait penser qu'on ne lira point sans intérêt les observations suivantes qui contribueront, je l'espère, à éclairer ce point de la science.

Obs. 1. — *Fièvre syphilitique. — Bubon d'emblée.*

Daud...., âgé de vingt-cinq ans, maçon, ayant les cheveux châtains, les yeux bruns, la peau un peu brune, le système musculaire bien développé, entra à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Jean, n° 134, le 15 juin 1842.

Ce malade a une intelligence bien développée et prend un assez grand soin de sa personne. Le 28 mai il alla voir son frère à une extrémité de Paris opposée à celle qu'il habite lui-même; il fit un dîner dans lequel il but environ les trois quarts d'une bouteille de vin. En s'en retournant, il entra chez une femme publique et eut un seul rapport sexuel avec elle. Il y avait alors quinze jours qu'il n'avait pas vu d'autre femme. Le soir il rentra de bonne heure chez lui en se promenant, et se coucha dans un état de santé parfaite. A son réveil, qui eut lieu de bonne heure, il éprouva un malaise général, des maux de reins et de la fièvre. Il se leva néanmoins et alla à son travail habituel; il fut obligé de cesser à deux heures, et il rentra pour se mettre au lit. Sur le conseil d'un de ses camarades, il but un demi-litre de vin chaud sucré et se tint chaudement. Il dormit assez bien la nuit, et le lendemain matin, il se trouva un peu mieux; mais il s'aperçut de l'existence d'une tumeur légère à l'aine gauche. Les jours suivants, cette tumeur augmenta, devint douloureuse sans s'accompagner de rougeur à la peau. Le malaise général et les maux de reins, quoique diminués, persistèrent néanmoins et empêchèrent le malade de travailler, bien qu'il ne se sentît pas assez mal pour garder le lit. L'appétit diminua considérablement; il ne prenait guère que le tiers de sa nourriture habituelle. Aucun écoulement, aucune ulcération, aucune rougeur, aucune douleur ne s'est manifestée dans les parties génitales, bien que depuis l'apparition du bubon, ces parties aient été examinées avec soin chaque jour plusieurs fois par le malade.

Le 16, on note l'état suivant :

Douleurs assez fortes dans la région des reins; augmentant à peine par la pression; urines normales; aucune douleur le long de l'urètre, soit pendant la miction, soit par la pression; point d'ulcération ni de rougeur aux parties génitales ni à l'anus; aucune trace de lésion dans le membre inférieur. A l'aine gauche existe une tumeur ovoïde, d'un volume intermédiaire entre celui d'un œuf de pigeon et celui d'un œuf de poule; sa consistance est assez grande; on n'y perçoit point de fluctuation; elle est peu douloureuse pendant le repos, mais elle le devient par la marche ou par la pression; elle est très-superficielle, à peine rosée au sommet, placée dans la ligne de l'aine et un peu plus rapprochée de la symphyse que de la crête iliaque. La langue est naturelle, sauf un peu de blancheur, l'appétit est très-faible, la peau à peine plus chaude que naturellement; le pouls a 65, sans dureté; soif un peu augmentée, sommeil assez bon. — Prescription : limonade, lavement émollient, bain; diète.

On continue le même traitement jusqu'au 25. Les douleurs de reins diminuent progressivement pendant que l'appétit augmente d'une manière sensible; le malaise général et le peu de chaleur qui existait à la peau disparaissent complétement; les douleurs de reins diminuent sans cesser tout à fait; la tumeur seule persiste sans changement notable. — On applique un emplâtre de savon sur la tumeur, et l'on donne deux cinquièmes de portion.

Le 30, le bubon commence à diminuer d'une manière sensible; les douleurs de reins ont disparu. L'état général est très-bon. On donne les quatre cinquièmes d'une portion, et l'on continue l'emplâtre savonneux.

Le 3, la tumeur commence à devenir roulante sous la peau, et elle est moins sensible à la pression. — Même prescription.

Le 13, la tumeur est réduite au volume d'une amande commune. Le malade ne souffre

nullement pendant la marche, et il exige sa sortie de l'hôpital.

Remarques. — Peut-être existe-t-il des médecins qui, loin d'admettre le fait précédent comme un exemple de fièvre syphilitique, penseront qu'il faudrait commencer par mettre hors de doute dans ce cas la nature syphilitique de la maladie; d'autres plus absolus soutiendront qu'il ne peut s'agir ici de syphilis puisque le malade n'a offert d'autres symptômes qu'un bubon, et que ce bubon ne peut-être syphilitique qu'à la condition d'être précédé d'un chancre. Je ne reproduirai pas, pour repousser ces objections, les arguments que j'ai développés longuement dans mon travail sur les bubons d'emblée, et qui ne peuvent laisser le moindre doute, dans tout esprit droit et impartial, sur la nature syphilitique de ces bubons; je me contenterai de dire que, dans le cas actuel en particulier, le malade ne s'était exposé à aucune autre cause capable de produire un bubon qu'à la seule infection syphilitique : point de marche forcée, point d'excès d'aucune espèce, point de coups, point de plaies sur les membres inférieurs. Or, des trois faits suivants, à savoir : 1° l'absence des causes capables de produire une adénite simple; 2° la présence d'une cause d'adénite spécifique; et 3° l'existence de cette adénite; la conclusion me paraît assez facile pour qu'il ne soit pas nécessaire de la formuler.

Reste, après cette première question, qui n'en est véritablement pas une, à décider si les phénomènes généraux que nous avons observés appartiennent de même que le bubon à l'action du virus syphilitique. Je conçois qu'ici l'on puisse avoir des doutes plus fondés. Rien n'est plus fréquent que ces fièvres éphémères, caractérisées par un malaise général, quelques douleurs lombaires, de l'inappétence; et ces fièvres se développent le plus souvent en l'absence de toute cause appréciable; il se pourrait donc qu'une pareille fièvre se fût manifestée chez notre malade à l'époque où il venait de se soumettre à l'influence du virus syphilitique, et qu'il n'y eût qu'une simple coïncidence entre ces deux ordres de phénomènes. Cependant si l'on considère que, outre la coïncidence parfaite de l'infection syphilitique et du développement de la fièvre, a existé cette circonstance remarquable de la diminution des accidents généraux au moment où le bubon s'est manifesté, si l'on ajoute à cette considération que des accidents fébriles analogues ont été observés dans d'autres infections syphilitiques (Voy. *Annal. des mal. de la peau*, t. I. *Mémoire sur les engorgements aig. et chron. des testicules*), on pourra admettre, avec assez de raison, je crois, que c'était bien une fièvre syphilitique que nous avons observée chez notre malade. — Du reste, l'observation suivante, beaucoup plus curieuse, sera aussi plus concluante.

Chancre unique à la fourchette. — Abcès syphilitiques à l'aine, au cou et à la gorge. — Fièvre syphilitique.

B...... (Jeanne), âgée de vingt-six ans, entre à l'infirmerie de Saint-Lazare, service de M. Boys de Loury, le 22 mars 1845.

Cette femme, d'une constitution en apparence médiocre, jouit cependant d'une bonne santé habituelle et n'a eu depuis son enfance d'autre maladie grave qu'une variole confluente dont elle porte les traces; elle n'a été affectée qu'une fois de la syphilis depuis qu'elle est fille publique et n'a pas eu de symptômes constitutionnels. Elle ne sait pas depuis quand elle a mal aux parties génitales; mais elle fait remonter à quatre jours, c'est-à-dire à la veille de la visite sanitaire, l'existence d'une grosseur dans l'aine gauche, laquelle s'est accompagnée dès le début de malaise général, d'inappétence et d'une fièvre légère.

A son entrée à l'hôpital, on constate à la fosse naviculaire un chancre de la grandeur d'une lentille, sans inflammation ni induration. Le vagin, le col de l'utérus, l'urètre et l'anus, explorés avec soin, n'offrent aucune trace de maladie.

Dans l'aine gauche existe une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, superficielle, rouge à son sommet, adhérente au tissu cellulaire, très-douloureuse à la pression et pendant la marche. Cette tumeur est bilobée. Le lobe supérieur, qui forme à peu près les deux tiers du volume total, est située au-dessus du ligament de Poupart; le lobe inférieur est situé au-dessous de ce ligament; mais le tissu intermédiaire à ces deux lobes est lui-même dur, gonflé et douloureux. Il n'existe aucune trace de lésion sur le membre inférieur correspondant à la tumeur.

Malaise général prononcé; sentiment de courbature dans les membres et dans les reins; céphalalgie assez intense; peau un peu chaude, pouls assez fréquent; peu d'appétit;

insomnie. — Tisane de mauve, cataplasme sur la tumeur; la demie d'aliments.

Le 25, le même état général persiste. L'état du chancre s'améliore; mais l'engorgement de l'aine a encore augmenté, et la fluctuation se fait déjà sentir dans la portion inguinale de cet engorgement; les douleurs y sont toujours très-vives, et la malade ne peut exécuter les moindres mouvements sans éprouver de violentes souffrances. L'appétit est presque nul, ainsi que le sommeil. — On continue le même traitement, auquel on ajoute une potion calmante et un bain de siége prolongé. On donne pour nourriture deux potages seulement.

Le 27, toujours même état général. La portion inguinale de l'engorgement devenant de plus en plus fluctuante, on l'ouvre avec le bistouri; il en sort une grande quantité de pus assez bien lié, offrant cependant quelques rares grumeaux. On persiste dans l'emploi des mêmes moyens.

Le 30, un nouveau foyer fluctuant s'est formé dans la portion crurale de l'engorgement; on l'ouvre comme le précédent à l'aide du bistouri. L'état général reste le même; seulement la soif de la malade est plus vive. On remplace la tisane de mauve par deux pots de tisane de tilleul et oranger, la première n'étant bue qu'avec une certaine répugnance.

Le avril, on panse avec le cérat opiacé les bubons, qui sont toujours douloureux : le supérieur seul a pris l'aspect chancreux, les lèvres de la ponction se sont agrandies et érodées; l'ouverture de l'inférieur est restée très-étroite, comme si on venait de la pratiquer (1).

Le 10, l'engorgement qui environne les deux foyers a sensiblement diminué; il est aussi moins douloureux, quoiqu'à un degré encore assez prononcé. Les deux ouvertures sont restées, à très-peu de chose près, dans l'état où je les ai décrites le 4. Malgré cette amélioration dans les phénomènes locaux, la fièvre a persisté au même degré, ainsi que l'insomnie et l'inappétence. L'abdomen est d'ailleurs toujours dans l'état normal : il n'y a ni ballonnement, ni gargouillement, ni diarrhée, ni taches rosées. Il n'y a non plus ni tintements d'oreilles, ni surdité, ni épistaxis, mais seulement quelques rêvasseries. La céphalalgie est médiocre; la peau est chaude et sèche; le pouls a 100 au moins. Depuis hier, de légères douleurs se sont manifestées derrière l'angle de la mâchoire gauche; aujourd'hui on sent une tuméfaction légère dans les ganglions de cette région. — On cesse les bains de siége, et l'on continue le reste du traitement, auquel on ajoute une bouteille d'eau de Sedlitz et un cataplasme sur la partie engorgée du cou.

Le 11, l'engorgement du cou a augmenté, et les douleurs y sont plus vives; il existe une rougeur légère sur la peau qui le recouvre. Les autres phénomènes restent les mêmes. — Tisane de tilleul et oranger édulcorée, deux pots potion calmante; douze sangsues sur l'engorgement du cou; pédiluve sinapisé le soir; cataplasme sur le cou; pansement des bubons avec le cérat opiacé; des potages pour aliments.

Le 12, les sangsues ont beaucoup saigné et beaucoup affaibli la malade, qui est aujourd'hui plus pâle que les jours précédents; elle a déjà subi d'ailleurs un amaigrissement sensible. L'engorgement du cou a augmenté, ainsi que la rougeur de la peau qui le recouvre; son sommet est plus conique. L'état général reste à peu près le même : le pouls est devenu petit sans avoir perdu de sa fréquence; un peu de diarrhée s'est déclarée depuis l'administration de la bouteille d'eau de Sedlitz. — On continue le même traitement, moins les sangsues.

Le 15, l'engorgement du cou n'a pas cessé de faire des progrès. Il présente aujourd'hui une fluctuation évidente; la peau de son sommet est même assez mince, ce qui engage M. Boys de Loury à l'ouvrir avec le bistouri. Après la ponction, il s'en écoule une assez grande quantité de pus un peu grumeleux. Une nouvelle tuméfaction inflammatoire s'est développée dans la joue opposée au côté du cou affecté; cette tuméfaction est surtout apparente du côté de la bouche vers les dernières dents molaires et le côté droit de l'isthme du gosier. L'amélioration des plaies de l'aine fait des progrès lents; l'ouverture inférieure n'a pas pris l'aspect chancreux. Les phénomènes généraux persistent ainsi que la diarrhée. La déglutition est fort difficile, et la malade demande qu'on lui donne seulement du lait pour aliment; l'appétit est d'ailleurs presque nul. — On prescrit le même traitement, et l'on remplace les potages par du lait.

Le 16, la tuméfaction de la joue et de la gorge du côté droit a augmenté; il semble qu'on y sente un peu de fluctuation. La malade y éprouve toujours de vives douleurs, et la déglutition est extrêmement pénible. Les phénomènes généraux persistent. — On continue le même traitement, auquel on ajoute un gargarisme émollient.

(1) M. Boys de Loury a l'habitude d'ouvrir les bubons avec un bistouri étroit qu'il introduit dans l'un des côtés de la base du foyer et qu'il dirige à peu près horizontalement jusqu'au centre du foyer lui-même; de cette manière le pus parcourt pour sortir un trajet étroit, par lequel il est difficile que l'air pénètre dans le foyer. Cette méthode, qui a beaucoup d'analogie avec la méthode sous-cutanée, a reçu en effet cette dénomination de l'habile praticien que nous venons de nommer.

Le 17, la fluctuation de l'engorgement de la joue est bien manifeste aujourd'hui; mais la malade se refuse à ce qu'on l'ouvre. Même état pour le reste. — Même traitement.

Le 20, l'abcès de la joue s'est ouvert dans la bouche, la nuit passée. Malgré l'évacuation du foyer, la tuméfaction est encore considérable; les gencives sont rouges et tuméfiées des deux côtés de la bouche, principalement à droite; il y a une salivation assez abondante. La diarrhée persiste toujours depuis l'emploi du purgatif; mais il n'y a ni ballonnement, ni gargouillement, ni taches lenticulaires, ni augmentation de volume de la rate à la percussion, ni aucun autre symptôme que ceux que j'ai notés, et qui persistent encore. Les foyers purulents de l'aine diminuent d'étendue, ainsi que l'engorgement qui les environne, mais avec beaucoup de lenteur; la quantité de pus qu'ils fournissent est encore assez considérable. — On donne un gargarisme de cochléaria au lieu d'un gargarisme émollient, et l'on prescrit un lavement laudanisé; les autres parties du traitement sont continuées.

Le 25, il y a un peu d'amélioration dans l'état de la bouche et du cou; les douleurs et la tuméfaction sont moindres, ainsi que la quantité de sécrétion purulente. A l'aine, la sécrétion purulente a également diminué d'une manière très-prononcée; mais les douleurs, bien que moins vives qu'elles ne l'ont été, le sont cependant encore beaucoup. La diarrhée a cessé depuis avant-hier. La fièvre a éprouvé depuis cinq jours des alternatives d'augmentation et de diminution : hier elle a été fort légère pendant toute la journée, excepté le soir; aujourd'hui elle est plus forte ; le pouls est à 100, plus petit que large. — Même traitement, moins le lavement laudanisé.

Le 30, les plaies des aines commencent à se cicatriser par les bords; la quantité de suppuration qu'elles fournissent est beaucoup moindre. Celles du cou et de la bouche sont à peu près dans le même état. La déglutition est toujours fort douloureuse. L'état général reste tel qu'il était les jours passés; l'amaigrissement, qui a déjà commencé depuis plusieurs jours, fait des progrès rapides. Il y a toujours très-peu de sommeil.

Le 5 mai, la cicatrisation des plaies inguinales marche bien, quoique d'une manière peu rapide. La suppuration est moindre à la plaie du cou et à celle de la joue; la cicatrisation semble y commencer. La déglutition est beaucoup moins douloureuse. La fièvre néanmoins continue; il n'y a pas d'appétit et à peine de sommeil. — On ajoute au traitement déjà prescrit une pilule de 5 centigr. d'extrait d'opium pour le soir.

10. La cicatrisation se fait régulièrement dans toutes les plaies; celles de la joue et du cou fournissent à peine de suppuration. La tuméfaction a aussi en grande partie disparu dans ces parties, qui sont néanmoins encore un peu douloureuses. La fièvre persiste toujours et éprouve une exacerbation légère vers le soir; il y a toujours très-peu de sommeil, malgré la pilule opiacée. Point d'appétit.

15. La cicatrisation est complète aux plaies supérieures, où il ne reste qu'un léger engorgement; elle est fort avancée aux plaies inguinales. Le pouls diminue un peu de fréquence; cependant la peau est toujours chaude et sèche, et il y a très-peu de sommeil. La malade demande pour la première fois un peu de potage, qu'on lui accorde. L'amaigrissement est considérable, et il existe une sensibilité générale exagérée, qui fait que la malade ne peut supporter qu'avec peine les attouchements un peu brusques ou les vêtements un peu lourds qu'on pose sur son lit. — Même prescription; un potage.

Le 20, la fièvre est un peu moindre, et il y a un peu de sommeil; la sensibilité est moins exaltée; il y a toujours une grande sécheresse de la peau ; l'appétit augmente. La cicatrisation des bubons marche toujours; elle est presque complète au bubon inférieur. — Suppression de la pilule opiacée; le quart d'aliments.

Le 25, il y a à peine de fièvre; mais la peau est toujours sèche. La malade s'est levée un instant hier. La cicatrisation est complète depuis quatre jours au foyer inférieur et depuis hier au foyer supérieur. Il y a encore peu de sommeil; mais l'appétit se développe de plus en plus. — On prescrit aujourd'hui la demi-portion d'aliments, et l'on donne à la malade, sur son insistance, sa sortie pour demain. On constate que le chancre de la fourchette, qu'on n'avait pas regardé depuis longtemps à cause de l'état de la malade, est parfaitement cicatrisé.

Remarques. — Dans le premier des deux faits que je viens de rapporter, dans ceux auxquels M. Baumès a fait allusion dans le passage que j'ai cité, il est question de phénomènes fébriles *prodrômiques*, qui cessent ou diminuent au moins considérablement au moment de l'apparition de l'affection locale; dans le cas actuel les symptômes généraux ont suivi une tout autre marche; ils ont dominé la lésion ou les lésions locales, leur ont survécu et ont constitué, à proprement parler, la maladie. Sur les phénomènes généraux de ce genre les auteurs n'ont nullement insisté, et, par leur nouveauté même, ils demandent à être soigneusement

étudiés. Cherchons donc à résoudre les questions qu'ils peuvent soulever.

Première question. — Les phénomènes observés chez la fille B... appartenaient-ils bien réellement à la syphilis? A cette question on doit répondre : 1° qu'il n'existait aucune autre maladie que la syphilis à laquelle on pût les rapporter : l'absence d'épistaxis, de météorisme, de taches rosées, etc., éloignaient toute idée de fièvre typhoïde; rien, ni dans les antécédents ni dans les symptômes actuels n'autorisait l'idée d'une fièvre rhumatismale; jamais la malade n'avait été affectée de scrofules; enfin, aucun organe important ne put être trouvé malade et fournir ainsi une origine raisonnable à la fièvre; 2° cette fièvre s'est manifestée immédiatement après l'infection syphilitique et a coïncidé avec des symptômes non équivoques de syphilis; 3° enfin, elle a eu une marche qui n'est point celle de la fièvre typhoïde, qui n'est pas non plus celle qu'affecterait une fièvre produite par une lésion viscérale. Toutes ces raisons ne nous semblent guère laisser de doute sur la nature syphilitique des symptômes généraux présentés par la fille B.

Deuxième question. — Mais la fièvre, dans le cas précédent, était-elle le résultat de l'infection syphilitique, ou bien au contraire n'était-elle que le résultat du retentissement sympathique produit par l'inflammation locale; était-ce en un mot une fièvre essentielle, ou seulement une fièvre symptômatique? A cette seconde question les faits répondent clairement que ce n'était point une fièvre symptômatique. En effet, tous les jours on observe des bubons, même plus graves que ceux dont la fille B... était affectée, et ces bubons n'occasionnent qu'une fièvre de quelques jours, pendant leur période d'augmentation; ici la fièvre a persisté non-seulement après cette période, mais encore plus longtemps que les bubons eux-mêmes; faudrait-il chercher dans les abcès de la joue et du cou la cause de la prolongation inaccoutumée de la fièvre? mais d'abord nous ne l'y trouverions pas davantage, puisque cette fièvre a persisté également après la guérison de ces abcès; et puis ces abcès eux-mêmes ne sont-ils pas la preuve que le système de l'économie était tout entier sous l'influence de l'empoisonnement syphilitique; or, si l'économie tout entière est infectée, quoi d'étonnant que cette infection se traduise par des phénomènes généraux; n'est-il pas au contraire très-naturel qu'il en soit ainsi?

Si l'interprétation que j'ai donnée des faits précédents est exacte, comme il n'est guère permis d'en douter, la fièvre syphilitique primitive pourrait revêtir deux formes : dans l'une, celle qui a été signalée par M. Baumès, elle précède l'apparition des symptômes locaux, cesse ou diminue beaucoup après cette apparition, et leur sert réellement de prodrome; dans l'autre elle domine l'état local, n'a que peu de rapports avec lui, et constitue la majeure partie de la maladie.

H. DE CASTELNAU.

BIBLIOGRAPHIE.

LA SYPHILIS AU DIX-NEUVIÈME SIÈCLE.

Les non identistes : Bosquillon, Hernandez, Carmichaël, Cullerier neveu.

Nous savons comment s'était formée l'école dite anglaise, quels éléments avaient servi à la constituer; il nous reste à étudier ses progrès, surtout en France, où elle règne aujourd'hui avec toute la morgue que donne une autorité sans limites. Cette période de l'histoire de la syphilis est sans contredit celle qui offre le plus d'intérêt, car, sans compter l'importance pratique qu'elle comporte, elle doit nous donner la

mesure exacte de certaines convictions, la valeur réelle de certaines prétentions à l'originalité, elle doit surtout nous permettre d'apprécier à quel degré de contradiction peut arriver l'esprit humain, quand il s'obstine aveuglément dans la voie des idées préconçues. J'éviterai avec soin dans cette étude tout ce qui pourrait être trop personnel et trop blessant, mais s'il m'arrive de ne pas pouvoir ôter à la vérité tout ce qu'elle comporte de désagréable pour les doctrines que je combats, ce sera la faute de ces doctrines; ce ne sera pas la mienne.

Bell, en détruisant l'unité syphilitique, avait reconnu que l'infection gonorrhéique n'était pas un fait simple, et ainsi il avait été conduit à admettre un virus distinct pour la gonorrhée : cette théorie était, il faut le reconnaître, très-séduisante, et nous avons vu qu'elle avait modifié même les opinions des partisans de l'identité. Cullerier et M. Lagneau avaient sacrifié à cette hypothèse une bonne partie de leurs convictions : à plus forte raison devait-elle être acceptée et défendue par ceux qui admettaient l'ulcération comme le signe unique de l'infection vénérienne. Nous allons donc la retrouver, dans les premières années du dix-neuvième siècle, vaillamment défendue par des hommes dont l'opinion eut une grande influence sur le développement des idées qui règnent aujourd'hui.

A la tête de ces adversaires de l'identité, vient se placer Bosquillon, le savant traducteur de B. Bell, dont il commenta les théories dans des notes assez curieuses (1), mais fort peu concluantes, et qui prouvent qu'il ne suffit pas d'être en général très-instruit, pour avoir une valeur pratique réelle sur certains points particuliers.

Toute la doctrine de Bosquillon est résumée par les propositions qu'il a formulées dans un de ses commentaires (2), et qu'il a successivement développées, pour démontrer que la gonorrhée dépendait d'autres causes que le virus syphilitique. Ainsi, il avançait : 1° qu'elle a été fort commune dans tous les temps et dans tous les pays; 2° que quantité de causes étrangères au virus syphilitique peuvent y donner lieu; 3° que les effets qui en résultent ne ressemblent nullement à ceux de la syphilis; 4° qu'on l'a toujours traitée avec succès, sans employer le mercure, qui est l'unique antidote de la syphilis.

Que la gonorrhée ait été connue des anciens, j'en conviens volontiers, mais toutes les citations de Bosquillon n'ont de valeur qu'autant qu'il est démontré que la syphilis est une maladie nouvelle; or, sur ce point, et malgré l'autorité de notre auteur lui-même, la question est loin d'être décidée dans le sens de l'opinion d'Astruc. Je n'ai donc pas à tenir compte de cette proposition, que nous avons déjà examinée à propos de Bell, et que nous retrouvons ici, avec un peu plus d'érudition, mais sans plus de valeur.

Quant à la multiplicité des causes de la gonorrhée, nous connaissons de longue main cette objection, mais nous savons aussi ce qu'elle peut valoir. Etait-elle d'ailleurs bien sérieuse de la part de Bosquillon attribuant la gonorrhée à des excès ou à la diminution de la force vitale, et en faisant, à ces titres, l'apanage de la puberté et de la vieillesse? Il n'a fait en résumé que rafraîchir tout ce qui a été dit à propos des métastases goutteuses ou dartreuses, des influences sympathiques, des excès, en un mot, de tout ce qui constitue la classe de ce que nous appelons les causes simples. Si Bosquillon avait pu assister aux luttes de l'école physiologique, il aurait vu, lui qui défendait si bien la faculté exclusivement ulcérante du virus syphilitique, il aurait vu comment, à l'aide de l'irritation et de certaines modifications de la force vitale, on peut parfaitement expliquer le chancre, comme il expliquait la gonorrhée. Qu'aurait-il pu répondre, s'il avait tenu à sa thèse et à son argumentation?

Après avoir longuement et minutieusement discuté la précédente proposition, Bosquillon n'a fait qu'effleurer celle où il affirme que les effets de la gonorrhée ne sont pas les mêmes que ceux de la syphilis : là pourtant, comme aujourd'hui, était tout le point culminant de la question; mais là aussi se présentaient des difficultés contre lesquelles devait se briser la vaine

(1) *Traité de la gonorrhée virulente, et de la maladie vénérienne*, de Benjamin Bell. Traduit de l'anglais, et augmenté d'un grand nombre d'observations sur les moyens de reconnaitre et de traiter les maladies des voies urinaires, de la peau et autres, qu'on confond avec les symptômes des maladies vénériennes. — Par Ed. Fr. M. Bosquillon. — 1802.

(2) T. I, p. 501.

dialectique du célèbre académicien. Pour établir la différence exacte qui existe entre les effets de l'une et de l'autre de ces deux affections, il fallait nécessairement s'appuyer sur l'observation ; or, Bosquillon, qui n'était rien moins qu'observateur, comme le prouvent ses commentaires, perdait toute sa force, dès qu'il fallait préciser nettement des faits au lieu de discuter, dessiner un symptôme au lieu d'imaginer une hypothèse. Aussi s'est-il borné à citer et à critiquer un long passage de Fabre sur ce point obscur de diagnostic, et à anticiper sur sa quatrième proposition, en démontrant que le mercure est inhabile à guérir la gonorrhée. Quant aux caractères différentiels, annoncés par le titre même du commentaire, il n'en est nullement question, à moins qu'on ne veuille prendre pour tels les quelques mots que l'auteur écrit en réponse au passage de Fabre : « C'est renverser absolument toutes les bases du diagnostic, que d'attribuer à la même cause deux maladies dont les effets sont si différents. Les symptômes de l'une indiquent un virus actif dont l'action est assez généralement uniforme dans ses commencements. On reconnaît, dans la marche lente et irrégulière de l'autre, une affection des glandes répandue dans l'urètre, entretenue tantôt par une faiblesse générale, d'autres fois par l'irritation de quelques viscères, ou par un vice absolument différent du virus vénérien... »

Plus à l'aise, quand il s'est agi de l'inefficacité du mercure, Bosquillon s'est, comme toujours, complu à entasser les citations au lieu de consigner des faits péremptoires... Ces citations peuvent être très-intéressantes, mais elles ne peuvent rien, pour des esprits non prévenus, qui admettent très-bien que l'on peut, à l'aide de tous les moyens, faire disparaître les symptômes primitifs, quels qu'ils soient.

On comprend jusqu'à un certain point que Bosquillon, qui était plutôt un savant qu'un praticien, ait été impuissant à résoudre une question toute pratique, qui a fatigué vainement l'esprit des hommes spéciaux les plus expérimentés ; mais ce que l'on ne comprend pas, c'est qu'un homme aussi érudit, qu'il avait la réputation de l'être, se soit montré d'une faiblesse excessive dans la discussion des points qui touchent à l'histoire de la syphilis. C'est ce qui est arrivé pourtant. Partisan de la nouveauté des affections vénériennes. Bosquillon s'est borné à réfuter certains passages de Calvi, et à discuter quelques textes aussi obscurs qu'érotiques ; peu confiant sans doute dans la cause qu'il soutenait, il s'en est tenu, dans la discussion, aux livres grecs et romains, c'est-à-dire à des passages qui prêtent à toutes les explications possibles, et qui sont si chers aux philologues ; mais il n'a fait que glisser très-rapidement sur les écrits du moyen âge, où la contagion est si clairement indiquée, écrits qu'il devait connaître pourtant, si nous en jugeons par certaines allusions qu'il y faisait, allusions fort peu impartiales d'ailleurs. Ainsi Bosquillon, qui déclamait avec raison contre l'infidélité de certains commentateurs des textes anciens, se croyait-il bien consciencieux quand il traduisait ces mots : *fœtida mulier*, par « une femme malhonnête ? »... C'est d'ailleurs tout ce qu'il a emprunté aux Arabistes : il n'était pas heureux, comme on voit !

En résumé, ce qu'il y a de plus curieux dans les commentaires de Bosquillon, c'est un petit extrait de la thèse de Brugman, sur le pus... Evidemment, je n'ai pas à en parler ici. Quoi qu'il en soit, ces notes, tout insignifiantes qu'elles fussent, devaient, je le répète, emprunter au nom de leur auteur une certaine autorité qui appelle l'attention du bibliographe, et il n'était pas possible de passer sous silence l'œuvre d'un homme remarquable à tant d'autres égards, mais dont le seul mérite, en syphilographie, fut d'avoir patroné en France les théories de B. Bell.

Ces théories devaient faire bientôt assez de progrès pour attirer l'attention et appeler l'examen des corps savants, pour qu'enfin la société de médecine de Besançon mît au concours la question suivante :

Déterminer par des expériences et des observations concluantes, s'il y a identité de nature entre le virus de la gonorrhée virulente et celui de la vérole ; si l'une peut donner l'autre, et si le traitement qui convient à l'une peut être applicable à l'autre.

Si la forme de cette question pouvait paraître annoncer le doute, le résultat fut des plus significatifs, puisque la société couronna le mémoire de Hernandez (1),

(1) *Essai analytique contre la nature syphili-*

mémoire dans lequel la non identité était soutenue avec une force de conviction et une ampleur de forme qu'elle ne devait inspirer qu'une fois. Ce mémoire est, avec tous ses défauts, un modèle de méthode, un petit monument de dialectique; il marque d'ailleurs l'apogée des doctrines du double virus; aussi m'en suis-je déjà occupé à diverses reprises, aussi dois-je y revenir aujourd'hui avec les développements que tout historien sérieux doit donner à l'examen d'une œuvre sérieuse.

On peut partager l'ouvrage d'Hernandez en trois parties principales : dans la première, il chercherait à démontrer historiquement que la gonorrhée ne peut pas être un symptôme de la syphilis; dans la deuxième, il établirait que la gonorrhée ne produit jamais le chancre soit naturellement, soit artificiellement; enfin, la troisième serait consacrée à prouver que les écoulements virulents ne sont jamais suivis de symptômes syphilitiques. A ce simple aperçu, on voit tout d'abord que le lauréat de Besançon avait pris sa tâche au sérieux, et qu'il n'avait pas craint d'aborder la question par les points les plus décisifs, comme les plus difficiles; aussi faut-il se hâter de lui rendre cette justice, qu'il a le premier, le seul peut-être, posé réellement les termes du procès, et trouvé là où ils sont réellement, les éléments de solution du plus grand litige scientifique, que le passé nous ait transmis. Cela dit, voyons s'il a eu autant de bonheur que de courage, autant de succès que de franchise.

Et d'abord, Hernandez, se fondant sur l'autorité de Fallope, pose comme un fait authentique, que la gonorrhée se serait montrée en Europe beaucoup tard que la vérole, et qu'ainsi elle ne peut pas être un symptôme de cette maladie. Arrêtons-nous pour remarquer combien on peut rendre élastiques toutes choses servant à l'argumentation, puisque l'histoire elle-même peut être interprétée de la façon la plus disparate pour l'utilité de telle ou telle théorie. Voilà Hernandez qui, copiant Fallope et Astruc, soutient que la gonorrhée est une maladie plus nouvelle que la syphilis, et qui en conclut que ce sont deux affections distinctes : mais Bosquillon, l'érudit Bosquillon, qui veut prouver la même chose, se fonde sur ce que la gonorrhée est bien plus ancienne que la vérole... lequel croire? Mais remarquons aussi que ces deux écrivains posaient, d'un commun accord, comme un fait avéré, la fable de l'importation américaine... Or, si nous réfléchissons qu'il est plus que probable que la syphilis est vieille comme le monde, si, de l'aveu de presque tous les savants, la gonorrhée a été signalée et décrite dans tous les temps, on peut parfaitement en conclure que ces deux maladies sont identiques, par cela seul qu'elles auraient coexisté de temps immémorial. Mais nous ne devons pas plus tenir à cet argument qu'Hernandez ne devait tenir au sien, et nous n'insisterons pas sur un point, qui doit au moins rester irrésolu jusqu'à meilleur informé.

La deuxième proposition renfermait toutes les doctrines pratiques de la thèse soutenue par Hernandez; aussi lui a-t-il donné des développements considérables, et l'a-t-il traitée avec un soin minutieux. Il soutient d'abord que la gonorrhée ne produit jamais que la gonorrhée... Mais sur quoi se fonde-t-il? sur les opinions de Tode, de Duncan, de B. Bell, etc.; ces noms sont sans doute très-recommandables, mais on pourrait leur opposer, dans un sens contraire, des noms tout autant dignes de respect, et la question ne gagnerait pas beaucoup à être ainsi résolue par des individualités plus ou moins importantes. En résumé, tout ce qu'Hernandez dit sur ce point se borne à ceci : que l'inoculation de la gonorrhée ne produit jamais que la gonorrhée. J'ai résolu de réserver tout ce qui a trait à l'inoculation pour le moment où je m'occuperai des doctrines qui sont exclusivement basées sur ce fait : je ferai seulement remarquer que notre auteur a cité (page 61 et suiv.) dix-sept cas d'inoculation tentées par lui, et dans tous lesquels il a obtenu des ulcérations, qui eurent quelquefois *l'apparence syphilitique*... Est-ce là démontrer que la gonorrhée ne produit que la gonorrhée? et Hernandez croyait-il sérieusement échapper au reproche de contradiction, en disant que ces ulcérations n'étaient pas des chancres? Il n'y a là bien évidemment qu'une guerre de mots, vaine et puérile. A quoi sert au lauréat de Besançon d'avoir ensuite cherché à prouver que la gonorrhée existe sans

tique de la gonorrhée dite virulente, ouvrage couronné en 1810. — Toulon, 1812.

ulcérations de l'urètre, puisqu'il devait dire plus loin, qu'alors qu'il en existe, elles ne dépendent pas du flux gonorrhéique? Tout cela ne prouve qu'une chose pour nous, c'est que Hernandez possédait déjà cette habileté de discussion, qui consiste à poser en principe ce qui est question, et à se créer ainsi des arguments préalables, à l'aide desquels on rend toute controverse impossible. Nous allons en voir la preuve dans les raisons sur lesquelles cet auteur s'est fondé pour démontrer que la gonorrhée ne peut pas produire le chancre.

Après avoir, selon son habitude, cité un assez grand nombre d'auteurs, Hernandez a reconnu cependant que dans certains cas, la gonorrhée pouvait, par le contact, produire des ulcérations... mais il a objecté d'abord, que ces ulcères n'étaient pas syphilitiques, se fondant, pour établir ce point important, sur ce qu'alors ils guérissent sous l'influence de moyens simples. Je sais que les questions qui se rattachent aux excoriations blennorrhagiques des organes génitaux présentent des difficultés de solution presque inextricables, qu'aujourd'hui même elles sont encore à l'état de controverse, mais on doit regretter qu'un écrivain sérieux ait raisonné et conclu aussi légèrement sur un point d'une telle importance, j'allais dire d'une telle gravité. Hernandez a ajouté qu'on devait reconnaître les excoriations gonorrhéiques à l'inflammation toujours vive qui les accompagne, et dont elles sont l'effet, tandis que le virus vénérien ulcère sans grande inflammation, à ce qu'elles durent moins longtemps dans le premier que dans le second cas, et enfin, ce qu'il n'avait pas encore prouvé, à ce que ces excoriations ne produisent jamais la vérole. Voici d'ailleurs comment il résume (page 108) ce point de diagnostic, difficile autant qu'intéressant : « ... Nous voyons que dans une lésion identique, dans l'ulcération produite par les deux virus, le gonorrhéique donne des ulcérations plus considérables (l'auteur veut dire plus étendues) que dans la plupart des cas où le syphilitique amène la vérole d'une manière sûre et immanquable ; que les ulcérations de la gonorrhée ne donnent jamais lieu à la syphilis, se guérissent toujours facilement et promptement par des moyens locaux, absolument insuffisants pour des chancres, et qui seraient même dangereux dans le traitement de ces derniers dans leur isolement ; que les ulcérations syphilitiques et gonorrrhoïdales ont une marche très-différente, opposée même, de manière que si elle est bornée, elle est syphilitique, si elle s'étend, elle est gonorrhoïdale ; que l'inflammation, la suppuration, les nouveaux produits, tout offre des différences tranchées, qui ne permettent pas de les rapporter à la même cause, au même genre de maladie... » Après cela, Hermandez se demande s'il est possible de ne pas reconnaître l'action de deux virus distincts : ne faut-il pas plutôt se demander en quoi ces prétendues différences constituent une preuve de la non identité? Je ne m'attacherai pas à relever les contresens d'observation qui brillent dans ces propositions étranges... Il suffit, je crois, de soumettre celles-ci au jugement du lecteur, et d'en appeler, de l'inexpérience du lauréat de 1810, à l'expérience des praticiens de nos jours. M. Hernandez ajoutait, pour soutenir sa première hypothèse, que des causes simples peuvent produire la gonorrhée... Nous connaissons cet argument ; nous savons ce qu'il vaut, seulement nous pouvons nous demander comment l'auteur entendait faire accorder cette simplicité des causes avec l'existence absolue du virus gonorrhéique. Il y avait là nécessairement ou contradiction, ou ignorance ; il y avait peut-être tous les deux.

La non identité étant ainsi établie, il fallait prévoir les cas où une gonorrhée aurait produit un chancre, ou bien aurait été suivie de symptômes généraux de la syphilis, ce qui nous mène à la troisième proposition du mémoire. L'auteur a prétendu qu'alors le chancre ou la vérole n'était pas le résultat de la gonorrhée, et, donnant carrière à son imagination, il a appelé à son secours la fameuse théorie du *chancre larvé*, théorie qu'il a léguée, avec toutes ses conséquences, à la secte des inoculateurs. Ainsi, admettant qu'une personne, n'ayant en apparence qu'une gonorrhée, ait donné des chancres, il dira que chez les femmes les ulcères sont souvent hors de la portée de nos regards ; que chez l'homme même, l'urètre peut contenir des ulcères vénériens que nous n'apercevons pas ; il ajoute ces paroles remarquables. «On a *maintenant* admis que, si peu de temps après que la matière infectante était déposée sur les organes de la

génération d'une personne saine, une autre personne avait affaire à elle, cette dernière pouvait l'enlever, s'en infecter, et délivrer précisément par là de toute infection la personne qui la lui communiquait. » Il ira enfin jusqu'à dire que l'on a pu prendre pour des chancres ce qui n'était que des ulcérations simples; mais Hermandez tenait surtout à l'existence possible de ces chancres mystérieux, que personne ne pouvait voir. Quoi qu'il en soit, ces arguments ont semblé si commodes à l'auteur, qu'il les a reproduits pour donner la raison des faits, où une simple gonorrhée avait paru produire la vérole. Ceux-ci ne manquaient pas pour établir la possibilité au moins apparente de cette succession de symptômes; Swediaur en avait cité cinquante, et bien que Hernandez ait trouvé ce nombre insignifiant, il présente, au contraire, une importance réelle, si l'on songe à la confusion qui règne encore aujourd'hui sur ce point de syphilographie. Mais suivons notre auteur dans son argumentation, et pour ne rien ôter à sa valeur, citons les passages où il explique ce qu'il appelle la production de la syphilis par la blennorrhagie : «Ce petit nombre d'observations, dans une maladie si commune, n'annonce-t-il pas que la gonorrhée n'est syphilitique que dans des cas extraordinaires? ne prouve-t-il pas qu'habituellement elle ne l'est point? Dès lors, des cas extraordinaires, exception manifeste à la règle générale, n'ont-ils pas besoin d'une observation rigoureuse, de l'absence de toute circonstance qui pourrait les rendre douteux, pour être admis comme probants dans toute bonne méthode de raisonnements?... » Plus loin, il dit : «Déjà nous avons constaté deux causes qui peuvent masquer l'effet gonorrhoïque, et lui donner une apparence de causalité syphilitique, qui appartient cependant réellement à ces causes que le plus ordinairement on méconnait, et qu'on n'aperçoit que difficilement, lors même qu'il n'est pas permis de révoquer en doute leur présence. Des ulcères cachés dans l'urètre, au fond du vagin, sont hors de nos regards, et n'en sont pas moins syphilitiques et contagieux. La personne qui donne la gonorrhée peut avoir pris récemment le virus syphilitique d'un chancre, et celle qui le prend le lui enlève sans qu'il en reste aucune parcelle dans la première... » (p. 172-173). Plus loin encore, il parle d'ulcères «si petits, si indolents, que le malade ne s'en aperçoit pas, qui peuvent guérir, et laisser l'infection sans qu'on puisse en découvrir la vraie origine... » Résumons maintenant cette manière d'argumenter : *Du petit nombre* des faits observés, on conclut que l'infection syphilitique après une gonorrhée, n'est plus qu'une exception extraordinaire; on conclut de ce premier point posé, qu'un fait anormal peut et doit s'expliquer par des circonstances méconnues et exceptionnelles aussi; de là l'intervention des chancres larvés, l'existence préalable de chancres inappréciés, et enfin la possibilité de l'enlèvement du venin dans un coït subséquent, et par suite l'infection syphilitique sans aucun symptôme de syphilis, c'est-à-dire, sans chancre chez l'individu infectant. Tout cela n'est-il pas parfaitement logique, et surtout parfaitement inattaquable? Vous arguez de faits observés : on vous répond qu'ils ne sont qu'exceptionnels à raison de leur rareté. Qu'importe, direz-vous, si un seul de ces faits est bien constaté, il suffit pour prouver ce que j'avance; alors on vous dira, en souriant de votre naïveté, que ces faits extraordinaires coïncident seulement avec la rareté de certaines circonstances anormales, ainsi, par exemple, l'existence d'un chancre urétral; mais à quoi le reconnaître? On n'en sait rien, du moins on ne le dit pas; il y en a eu, on en cite des exemples; donc il peut y en avoir toutes les fois qu'il en sera besoin pour répondre à des exceptions embarrassantes. Vous persistez; vous arguez des caractères mêmes de la blennorrhagie, tels qu'absence complète de douleur, ou de dureté dans tel ou tel point de l'urètre, qu'existence passagère et à peine marquée..., on vous répondra avec dédain, qu'il y a eu des chancres indolents et éphémères que vous n'avez pas vus, que le malade n'a pas vus, par cette seule raison qu'il était impossible de les voir, alors même qu'ils existaient réellement. Il ne vous reste plus qu'à baisser la tête et qu'à vous humilier devant une dialectique qui, posant en principe ce qui était en question, a su se faire une position inexpugnable, en dehors de la logique et de l'observation. Il faut avouer que sous ce point de vue, Hernandez avait, outre le mérite de l'originalité, une supériorité d'exposition bien remarquable sur

ses pâles imitateurs. Cependant la réfutation de ses doctrines se réduit à bien peu de chose, puisque pour renverser tout l'échafaudage de son argumentation, il suffit de prouver que l'existence de la syphilis après la blennorrhagie, loin de constituer un cas exceptionnel, est, au contraire, un fait commun, qui fait dès lors partie de la règle, qui préside à la filiation des symptômes syphilitiques. J'ai déjà démontré cette vérité, je l'établirai de nouveau bientôt. Il ne resterait donc aucune valeur sérieuse à toutes les déductions de Hernandez, si tant est qu'elles offrissent rien de sérieux et de concluant.

Je n'ai pas à parler ici de ce que le lauréat de Besançon appelait les suites de la gonorrhée, du bubon, du phimosis, de l'orchite, dont il faisait les résultats simples de l'irritation, oubliant qu'il avait imaginé un virus gonorrhéique qui s'arrangeait fort mal de cet auxiliaire, au moins inutile; je ne dirai rien des effets généraux sur l'économie, comme les éruptions, dont l'auteur se gardait, et pour cause, d'indiquer les caractères particuliers, de l'engorgement général, ce qui est assez vague, de l'affaiblissement, de la phthisie pulmonaire!!! Je m'arrête, car nous n'avons rien à apprendre de ces étranges choses, si ce n'est que la fureur d'argumenter peut conduire d'honnêtes esprits à de tristes hardiesses, et partant, à des erreurs plus tristes encore!

En résumé, pour Hernandez la gonorrhée n'était pas syphilitique, 1° parce qu'elle n'ulcère point; cela peut être douteux, mais qu'est-ce que cela prouve? La pustule plate n'est pas un ulcère; le bubon ne s'ulcère pas toujours, en sont-ils moins des symptômes syphilitiques; 2° parce que, quand elle ulcère, ce qui est au moins une contradiction, l'ulcération n'est pas syphilitique, en ce sens qu'elle ne produit pas la vérole; qui le prouve? qu'elle cède à des moyens locaux; qu'est-ce que cela signifie? 3° Parce qu'elle n'est jamais suivie de la vérole constitutionnelle; cela est une erreur grave, et repose, comme nous l'avons vu, sur des allégations purement hypothétiques; 4° parce qu'elle guérit sans mercure, circonstance qui est sans portée et sans valeur, ainsi que j'ai eu occasion de le dire déjà bien des fois.

Hernandez, comme s'il eût prévu les doctrines de l'inoculation, s'était donné beaucoup de peine pour établir que la faculté ulcérante appartenait en propre au poison syphilitique; ainsi il disait: « Le virus vénérien est fixe, il n'agit que par contact; mais il ulcère la partie, il produit un chancre... Des circonstances rares peuvent le porter dans l'urètre; il sera peu commun d'avoir son action dans ce canal; mais alors on aura toujours un chancre. Le virus vénérien ulcère à la moindre quantité et d'une manière particulière. Partout où l'irritation syphilitique se porte, il se développe cette ulcération... » Que peut-on dire de plus clair, de plus positif? Après cela ne faut-il pas s'attendre à ce que l'auteur va, pour la séparer de l'excoriatien gonorrhéique, dessiner nettement les caractères auxquels on peut reconnaître cette ulcération, toujours la même, toujours bien limitée? Il n'en est rien pourtant! Hernandez oublie bien vite le principe absolu qu'il vient de poser, ne se préoccupe plus que d'une chose, c'est de faire servir l'histoire de la syphilis à son argumentation contre la gonorrhée; au lieu de poser les bases d'un diagnostic utile, il s'attache à démontrer que les caractères de la syphilis manquent généralement de précision, pour avoir le droit d'en conclure, que l'on a pu se tromper en attribuant à l'infection gonorrhéique certains symptômes réputés vénériens. Quelle logique! Hernandez a été si loin dans cette voie, qu'il est arrivé jusqu'à dire (p. 306): « Nous pouvons donc conclure de tous ces faits, que l'aspect, que les principales circonstances qui accompagnent communément les chancres, ne suffisent pas pour constater la nature syphilitique d'un ulcère situé aux parties génitales; que la seule présence, l'unique production de tels ulcères ne peuvent avoir donné lieu à l'admission de la syphilis que pour le préjugé, ou par défaut d'examen de ce point de doctrine. Il ne reste donc que la nature de la maladie qui se développe avec ces ulcères pour indiquer sûrement qu'ils sont vénériens... » Cette manière d'entendre le diagnostic des chancres était si commode, comme on va le voir, qu'elle devait être, et qu'elle fut mise à profit par les partisans de l'inoculation, par la même raison qu'ils ont exploité et perfectionné toutes les inventions de leurs prédécesseurs! que l'on dise qu'il n'est possible de bien juger l'ulcération vénérienne que par les effets gé-

néraux de la syphilis; cela constitue sans doute une proposition d'une grande naïveté, puisqu'il faudrait toujours attendre les résultats du chancre avant de songer à son traitement; mais elle se recommande du moins par l'esprit de prudence excessive qui l'a dictée; car que l'on dise, comme on l'a fait de nos jours, que la nature spécifique du chancre ne peut être reconnue que par l'inoculation, c'est formuler un axiome aussi stérile que le principe posé par Hernandez; c'est, de plus, ériger en loi un fait dont les conséquences présentent des dangers que nous aurons bientôt occasion de juger. Quoi qu'il en soit de ces propositions, elles sont évidemment calquées l'une sur l'autre, et elles présentent une identité parfaite, en ce sens, que toutes deux ont été imaginées uniquement pour venir en aide à des théories que repoussent l'expérience et l'observation.

Comme je l'ai déjà dit, le mémoire couronné par l'académie de Besançon marque l'apogée des doctrines de la non identité; on a pu leur donner depuis un cachet plus pratique, dès lors plus séduisant, mais on n'a rien ajouté à ce livre, qui ne produisit pas tout l'effet qu'il semblait appelé à produire. Il faut en rechercher la cause dans les fautes sans nombre qui déparent cet ouvrage, et qui font tellement oublier ses qualités, qu'il fut attaqué par ceux-là mêmes qui devaient s'approprier toutes les données qu'il renferme. Mais s'il manque du cachet d'observation sans lequel tout ouvrage de discussion est inabile à convaincre, s'il est semé de redites inutiles, de contradictions choquantes, si enfin il repose sur l'erreur, le mémoire de Hernandez se fait remarquer au moins par cette sorte de franchise courageuse qui ne recule devant aucune difficulté, par un air de conviction parfaite qui lui donne un relief tout particulier; il brille enfin, et surtout, par l'originalité; j'aurais cru faire acte d'injustice et de déloyauté en ne signalant pas ces qualités que l'on cherche en vain dans les partisans actuels des théories sur lesquelles Hernandez devait appeler la sanction des triomphes académiques.

Ces triomphes ont singulièrement perdu de leur valeur aujourd'hui, mais ils avaient en 1810 une grande signification; ils prouvaient que les idées de Bell avaient pris racine en France, et qu'elles y étaient définitivement passées à l'état de système. La majorité des praticiens devaient encore les repousser longtemps, elles devaient rester longtemps encore sans force contre l'autorité des Cullerier et des Lagneau, mais elles avaient donné naissance et préparé ainsi la voie aux doctrines subversives de l'école physiologique, qui devait à son tour faire de ses débris un marchepied aux prétendus novateurs qui règnent aujourd'hui.

Il est impossible de présenter ici tous les développements d'une lutte qui dure encore; un pareil travail serait d'ailleurs inutile, et ne deviendrait qu'un objet de redites sans intérêt. Que l'on cherche en Allemagne, en Angleterre et en Italie, on retrouvera partout et les vieilles idées sur l'identité, et les opinions nouvelles sur les distinctions des virus. La question n'avait pas fait un pas, et les extrêmes de ces deux points opposés étaient encore marqués d'une part par Hunter, de l'autre par Benjamin Bell. Ce grand conflit se concentre pour nous en France, où il allait trouver une solution qui devait à son tour réagir sur l'Europe scientifique. Désormais la symptomatologie de la syphilis devra rester pour les syphilographes modernes ce qu'elle était à la fin du dix-huitième siècle; il faut en dire autant des questions qui se rattachent à son origine et à sa nature; seule, la thérapeutique de cette maladie va faire de remarquables progrès, mais ces progrès datent d'hier, et le moment de les juger n'est pas encore venu.

Sans donc nous occuper d'œuvres perdues dans le déluge de traités plus ou moins complets, qu'enfante incessamment la syphilographie, arrivons à ce qui se passe autour nous, à cette partie de l'histoire que nous pouvons toucher avec la main, à la limite extrême de la réaction, à ce point enfin où trône la secte des inoculateurs, foulant fièrement à ses pieds toutes les gloires d'un passé qu'elle renie sans pouvoir le faire oublier.

Je ne puis cependant m'empêcher de dire en passant quelques mots d'un homme qui appelle notre intérêt, moins comme partisan des idées de Bell, que comme inventeur d'un système qui mérite justement le titre d'original, je veux parler de Carmichaël, qui, préoccupé des luttes que soulevait l'antimercurialisme, écrivit sur l'u-

sage et l'abus du mercure, mais qui chercha surtout à établir une relation positive et constante entre certains symptômes primitifs et certains symptômes secondaires (1). Les lauriers d'Abernethy empêchaient Carmichaël de dormir, et il voulut compléter, sous le rapport doctrinal, l'œuvre commencée au point de vue du traitement par le chirurgien écossais. Il avait cru remarquer que telle forme primitive de la syphilis était suivie de préférence par telle forme de l'infection consécutive, et il imagina de baser là-dessus un système qui renversait toutes les idées reçues sur l'évolution de la maladie syphilitique. Au lieu de la séparer, comme on l'avait fait jusqu'alors, en deux parties principales, comprenant, l'une les phénomènes primitifs, l'autre les phénomènes secondaires, il admit quatre grandes classes, formant autant de propositions complètes, avec leurs antécédents et leurs conséquents, c'est-à-dire leurs symptômes d'invasion distincts et des phénomènes de succession spéciaux. C'est ainsi qu'il a décrit successivement : la *syphilis papuleuse*, offrant pour symptômes primitifs l'ulcère simple, la gonorrhée virulente, le bubon ; pour symptômes secondaires, une éruption papuleuse, une inflammation érythémateuse de la gorge, des douleurs articulaires comme rhumatismales, l'iritis : la *syphilis pustuleuse*, comprenant pour symptômes primitifs l'ulcère à bords élevés, sans induration, le bubon ; pour symptômes secondaires, une éruption pustuleuse avec ulcérations, les ulcères de la gorge, les douleurs articulaires, les nodus : la *syphilis phagédénique*, débutant par l'ulcère phagédénique, le bubon, ayant pour symptômes consécutifs une éruption de tubercules, éruption ulcéreuse, phagédénique aussi, les ulcérations de la gorge, du larynx, de la pituitaire, les nécroses, les douleurs ostéocopes : enfin, la *syphilis squammeuse*, commençant par le chancre ou ulcère induré, le bubon, et finissant par une éruption écailleuse avec les caractères de la lèpre ou du psoriasis, par l'ulcère excavé des tonsilles, par les douleurs ostéocopes. Tout d'abord il faut reconnaître que rien ne serait plus commode que cette théorie pour le classement des affections vénériennes : malheureusement l'observation donne à chaque instant des démentis à ce système, et à moins de fermer obstinément les yeux à la lumière, on est forcé de reconnaître, que l'ordre admis par Carmichaël n'a jamais subsisté d'une manière assez positive pour lui mériter une valeur absolue, que tout ce qui se rattache à la marche de la syphilis ne peut pas être assujetti fatalement et uniquement à ces lois d'évolution, que l'on se plaît à formuler de nos jours, que l'idiosyncrasie surtout préside au developpement, dans tel ou tel sens, des signes de l'infection vénérienne. Ajoutons maintenant que le système de Carmichaël ne pouvait être admis qu'à la condition qu'on ferait intervenir autant de virus distincts qu'il y aurait de formes de l'infection, puisque sans cela on ne pourrait comprendre l'ordre constant, absolu, qu'il avait posé en principe ; or, on conviendra que rien ne justifie ni n'autorise une pareille intervention. On remarque d'ailleurs que Carmichaël était parti de ce point, longtemps controversé, aujourd'hui bien reconnu comme faux, que l'intensité des phénomènes secondaires serait en raison de l'importance des accidents primitifs. Cela dit, il faut reconnaître que Carmichaël avait d'excellentes idées sur la nature des poisons morbides en général, et que, profitant des travaux de Bateman, il a donné une assez grande importance aux éruptions vénériennes. Il ne les connaissait pas bien sans doute, mais enfin il a fait de louables efforts pour tirer leur histoire de l'obscurité, et si ses travaux n'ont pas eu un résultat parfait, ils attestent du moins des progrès notables dans ce point intéressant de la pathologie syphilitique. Carmichaël appartenait à cette génération de syphilographes qui, tentés par l'esprit de réaction, ambitionnaient le rôle de réformateurs, et cherchaient à se faire une place parmi les sectateurs et les héritiers de B. Bell ; cependant il regardait la blennorrhagie comme une cause de l'infection vénérienne, et dès lors on ne peut pas dire qu'il fût un partisan de la non identité : c'était un observateur à part, qui fut lui et qui n'appartient en propre à aucune école.

Nous avons vu qu'il manquait aux non identistes un nom qui pût donner à leurs

(1) *An essay on venereal diseases, and the uses and abuses of mercury in their treatment.* — London, 1814.

idées la consistance dont elles manquaient encore... Ce nom, ils allaient le trouver, et ce devait être celui du modeste et savant Cullerier neveu, qui, absorbé par les soins de sa consciencieuse pratique, n'était pas de force à lutter contre les entraînements d'un système qui envahissait de toutes parts le domaine de la syphilis.

Praticien avant tout, Cullerier eut à peine le temps de faire, avec M. Ratier, quelques articles dogmatiques sur la syphilis, articles épars dans un recueil (1), où ils perdent nécessairement de leur valeur. On doit regretter que deux hommes qui furent de leur temps, et par leur nom et par leur position, les apôtres de la science syphilitique, que les deux Cullerier n'aient pas élevé un monument durable à cette science qu'ils abandonnaient désarmée aux mutilations des réacteurs. En effet, l'analyse ne peut donner qu'une idée informe de ces monographies jetées çà et là, sans lien qui les coordonne, sans même unité de pensée, puisque la conviction qui a inspiré et dicté la première peut avoir fait place à une conviction opposée, sous l'influence de laquelle sera digérée la dernière? Je n'ai d'ailleurs rien à dire des articles de Cullerier, puisqu'ils exprimaient des idées qui ne lui appartenaient pas en propre, et qu'il devait sinon abandonner complétement, au moins singulièrement modifier depuis. Dans ces articles, il était identiste, à la manière des Cullerier oncle et des Lagneau ; mais ce n'est pas là qu'il faut chercher l'esprit du chirurgien en chef de l'hospice des vénériens : il est dans le livre de M. Lucas Championnière, livre qui résume tout cet homme, trop peu fait pour la lutte et qui, muré dans son hôpital, borna toute sa gloire à être le modèle des expérimentateurs et le plus consciencieux des praticiens. En effet, cet ouvrage nous donne la mesure exacte de tout ce que Cullerier savait sur la thérapeutique des affections vénériennes, et à ce point de vue, son savoir était vraiment immense; mais il nous montre aussi quelle incertitude régnait dans ses idées théoriques, et combien peu son regard avait osé pénétrer dans cette science, à laquelle il avait voué sa vie.

Nous trouvons dans ce livre peu de chose au point de vue de la partie doctrinale.

Cullerier admettait l'existence du virus syphilitique, mais sans attacher la moindre importance à cette proposition qui lui semblait indigne des controverses qu'elle avait soulevées. Réduisant déjà la contagion aux règles de la pratique inoculatoire, il disait que le chancre est ordinairement le point de départ de la contagion, que le pus qui découle de sa surface est éminemment propre à déterminer l'inoculation... Il cherche à démontrer que le diagnostic des affections vénériennes ne peut être sûr, fondé qu'il soit sur la forme, sur la filiation, sur le siége, sur le traitement... Il n'y a, selon lui, de preuve positive de la spécificité que l'apparition des phénomènes secondaires... Ne pourrait-on pas demander ici sur quoi l'auteur se fondait pour reconnaître des accidents consécutifs et pourquoi il les appelait vénériens?... Le diagnostic ne doit pas être plus facile dans un cas que dans l'autre. Mais Cullerier n'était ni aussi naïf ni aussi illogique qu'il semblait l'être en démontrant ainsi à plaisir la difficulté, sinon l'impossibilité du diagnostic. En effet, le savant syphilographe pensait que la maladie syphilitique, en tant que virus, pouvait guérir ou au moins disparaître indéfiniment par les seuls efforts de la nature... Il croyait que le mercure n'avait pas plus de prise qu'autre chose sur cet être imaginaire que les anciens décrivirent et redoutèrent si fort sous ce nom de virus... Il disait enfin que l'effort de la thérapeutique devait être dirigé contre le symptôme, et qu'il était puéril de se préoccuper d'un agent chimérique qui n'annonçait par rien sa présence dans l'économie... On conçoit dès lors qu'il est à peu près inutile de reconnaître ou même de chercher si tel ulcère est syphilitique ou ne l'est pas, alors que, syphilitique ou simple, il peut guérir sous l'influence des mêmes moyens?... Cullerier admettait la contagion et l'incubation, mais sans songer à tirer les conséquences que comportent ces propositions si intéressantes... ainsi il niait la vérole et même le bubon d'emblée... Il disait qu'un symptôme ne produit par inoculation qu'un symptôme semblable à lui,

(1) *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques.*— *Voy.* articles Blennorrhagie, Chancres, Syphilis, etc.

posant ainsi la question de la non identité dans les termes d'une école dont il acceptait le joug et les erreurs... Il prétendait que la syphilis peut disparaître par les seuls efforts de la nature ; mais disparaître n'est pas cesser, ce n'est pas guérir... Admettant le *virus syphilitique*, il rejetait la théorie des auteurs sur la nature, la marche et le développement de ce même virus. Sans doute les auteurs ont pu se tromper ; mais il fallait le prouver, et il ne suffit pas de dire, pour rejeter leurs doctrines, qu'ils se sont appuyés sur l'erreur et l'hypothèse. La doctrine du virus est-elle bien un vain mot, comme le croyait Cullerier ? Au contraire, n'est-ce pas par elle seulement que nous pouvons comprendre tout ce qu'il y a d'inexplicable sans cela dans la marche de la syphilis?... Le virus syphilitique n'est pas tout simplement un principe contagieux, *sui generis*; plus ou moins propre à l'homme... il y a virus, parce qu'il y a, par suite de contact d'une partie malade avec une partie saine, contagion, puis incubation pendant laquelle s'établit l'infection générale, puis réaction au point contaminé, puis enfin ces manifestations souvent lointaines de l'existence du tempérament syphilitique, ces accidents que l'on appelle symptômes secondaires... Le terme de virus n'est pas un mot plutôt qu'un autre, c'est tout une théorie... Si vous rejetez celle-ci, il faut rejeter aussi celui-là, pluisqu'il n'a plus ni sens ni portée.

Les convictions de Cullerier avaient été évidemment influencées par tous les systèmes. Il y avait un peu de tout dans sa doctrine ; on pourrait au besoin y retrouver et la part des vieilles croyances, et celle des utopies physiologiques, et celle surtout des non identistes modernes. Mais cet éclectisme involontaire trahissait trop l'incertitude du maître et devait nécessairement ôter de la force à son enseignement. Cependant telle était l'autorité de son nom, qu'il suffit pour donner un grand poids à cette théorie de Bell, que l'école moderne venait de réduire aux proportions d'un fait, de l'inoculation. Cullerier, devenu non identiste en devenant inoculateur, perdait son individualité et cessait d'être la personnification de la science syphilographique. Ce sacrifice trouvait-il une juste compensation dans l'honneur d'étayer des doctrines qui n'ont pas plus d'avenir que les fragiles systèmes du *non virulisme*.

Nous savons déjà que, selon Cullerier, « un symptôme ne produit par inoculation qu'un symptôme semblable à lui...» Cette proposition est facilement applicable à la blennorrhagie, aussi lisons-nous (p. 4) : « L'on peut raisonnablement admettre que ce symptôme, inoculé par le coït, produit un symptôme semblable ; cette supposition est d'autant plus admissible que le pus de l'urètre ou du vagin, transporté sur l'épiderme, ne détermine pas la contagion, tandis que déposé sur les muqueuses urétrale ou vaginale, il donne facilement naissance à une blennorrhagie... » Tout cela est parfaitement posé ; cependant l'auteur ne conclut pas immédiatement à la non identité : cette question se trouve rejetée, comme incidemment, à la fin de l'ouvrage, sous le titre : *de la blennorrhagie*, rangée parmi les *autres* symptômes syphilitiques... S'il n'y a *que le chancre*, comment y en a-t-il d'autres? Mais il ne faut pas nous attacher à une vaine discussion de mots ; voyons plutôt comment M. Lucas Championnière exposait les doctrines de l'illustre chirurgien du Midi : « L'inflammation des muqueuses urétrales ou vaginales est-elle de nature syphilitique, c'est-à-dire est-elle le résultat du dépôt de ce virus dont nous avons admis et *prouvé* l'existence dans la syphilis, sur les parties qui deviennent le siége de cette affection ? De nombreuses observations, des recherches suivies depuis plus de vingt années, ont porté M. Cullerier à croire que la blennorrhagie avait un caractère tout différent de celui de l'ulcère primitif ; que le pus de la première de ces lésions n'avait jamais produit la seconde, et réciproquement ; enfin que ce symptôme était bien vénérien, en ce sens qu'il résulte ordinairement du contact intime entre les deux sexes, mais non syphilitique.

« Il résulterait de cette opinion que les individus atteints seulement de blennorrhagie ne seraient point exposés aux maladies consécutives. Cependant on rencontre un assez grand nombre d'hommes et surtout de femmes qui offrent les traces d'une infection générale et qui affirment n'avoir été jamais atteints que de ce symptôme. Nous avons déjà fait observer que les femmes ne peuvent donner sur leurs antécé-

dents de renseignements positifs, attendu que dans une foule de cas, il ne paraît rien à la vulve, qu'elles n'ont qu'un écoulement confondu avec la leucorrhée, et que cependant le col offre des exulcérations contagieuses. Quant aux hommes, il est encore possible que des ulcérations des parties génitales aient passé inaperçues. Souvent ces ulcérations ont leur siége dans l'urètre; souvent aussi elles atteignent le pénis si superficiellement et causent si peu de douleur, que les malades ne dirigent leur attention que sur la phlogose urétrale, qui doit en effet absorber toutes leurs idées. C'est un point sur lequel nous avons déjà suffisamment insisté, et il est d'autant moins besoin d'y revenir, que cette question, aujourd'hui généralement ainsi résolue parmi les médecins, est de peu d'importance si, comme le fait M. Cullerier, on ne cherche pas autre chose dans le traitement de tous les symptômes qu'à faire disparaître les accidents de la manière la plus complète, et à ramener les organes à leur état normal par tous les moyens qui sont en notre pouvoir. »

Il fallait que les convictions de Cullerier fussent peu solides, pour qu'elles cédassent à de pareilles raisons et pour qu'il arrivât aussi facilement à sacrifier aux nouvelles idoles. Du reste on retrouve dans ce petit aperçu toutes les arguties qui font la base du système de l'inoculation, la théorie du chancre larvé et la mise en avant de ces ulcérations éphémères qui passent sans laisser ni traces ni souvenirs! Comment un homme instruit comme Cullerier a-t-il pu supposer qu'un chancre siégerait toujours dans l'urètre sans que jamais rien ne trahît pour le malade l'existence de cette plaie mystérieuse existant de toute nécessité au dedans, quand celle-ci n'apparaît pas au dehors? comment a-t-il pu dire qu'un malade était absorbé par la phlogose urétrale... alors qu'il y a au penis un chancre invisible et indolore?... Si la phlogose urétrale et le chancre sont deux choses essentiellement distinctes, pourquoi supposer qu'elles existent toujours ensemble? Tout cela n'est pas très-sérieux, dans un livre qui l'est tant sous d'autres rapports? Aussi, remettant la discussion de ce semblant de doctrine pour le moment où je m'occuperai du véritable champion de la non identité, j'arrive au traitement, qui occupe la principale place dans l'ouvrage de M. Lucas Championnière.

M. Cullerier, élevé dans les anciennes idées, c'est-à-dire dans le mercurialisme, avait secoué ce qu'il appelait les préjugés, et envisageant la syphilis sous un point de vue nouveau, il voulait la faire rentrer sous les lois de la pathologie générale, détruire enfin la spécialité. Cette idée était aussi belle que simple et modeste de la part du célèbre spécialiste! Cullerier voulait que l'on traitât la syphilis comme on traiterait une pneumonie, c'est-à-dire comme une maladie actuelle, aiguë, ayant ses phases fatales à parcourir, et il disait que la gravité, la ténacité des affections vénériennes, provenaient surtout de ce que l'habitude de croire à la spécificité du mercure avait produit l'habitude de les traiter sans rien changer à la vie du malade... Il croyait aussi, et en cela il était un peu de l'école physiologique, que le mercure lui-même était, dans certains cas, la cause de la durée et de l'exacerbation des symptômes syphilitiques.

Quoi qu'il en soit, Cullerier s'était fait ainsi une position mixte, théoriquement entre l'irritation simple et la spécificité virulente, pratiquement entre l'antiphlogistique et le mercure. Il en appelait pour la thérapeutique de la syphilis à l'expérience seulement, et sous ce point de vue, il faut bien reconnaître qu'il a été aussi loin qu'on peut aller! Cullerier avait amassé dans sa longue pratique d'immenses trésors, et c'est avec ces matériaux précieux que M. Championnière a élevé la plus belle partie de son livre.

Cullerier croyait à la nécessité de modificateurs généraux, et il plaçait en première ligne le repos et le régime, à l'aide duquel il avait souvent obtenu des guérisons! C'étaient là les moyens débilitants; mais il y avait aussi les modificateurs antiphlogistiques, tels que les saignées, les évacuants et les bains. En dehors de ces moyens, qui formaient la base du traitement général, Cullerier admettait des modificateurs stimulants, et ici, dominé par les faits, il montrait toute la loyauté de son esprit droit, en reconnaissant la supériorité du mercure sur tous les agents qui peuvent appartenir à cette classe. Cullerier s'était peut-être exagéré les périls de la thérapeutique mercurielle, confondant involontairement, comme l'avaient fait à

dessein les pathologistes anglais, l'abus avec l'usage; mais il n'était pas homme à rejeter complétement un agent aussi précieux que le mercure, par cela seulement qu'il aurait pu, mal administré, déterminer quelques accidents. Il reconnaissait donc la supériorité des préparations mercurielles; mais il posait en principe (page 130) *qu'il ne faut recourir à l'usage des mercuriaux dans les maladies primitives, que lorsqu'on a reconnu l'inefficacité des moyens moins excitants.* Cette proposition accuse sans doute un grand esprit de prudence; mais n'est-ce pas pousser la réserve à l'excès, puisque évidemment pour ne pas conseiller à propos un remède actif, on s'expose non-seulement à administrer à tort des agents inoffensifs qui doivent rester sans effet, mais à courir le risque bien autrement grand de laisser faire à la maladie des progrès irrémédiables? Sans insister sur ce point, remarquons que, conséquent à son principe, Cullerier conseillait surtout le mercure contre la syphilis secondaire, et qu'il croyait devoir en cesser l'emploi aussitôt que la maladie avait cessé aussi, se fondant dans cette dernière circonstance sur ce qu'il ne s'agissait pas de combattre le virus..... Les esprits forts de ce siècle peuvent rire de ces pauvres syphilographes des temps passés, qui envoyaient leur spécifique à la recherche de la matière virulente, pour la combattre à outrance et l'expulser... Mais Astruc, qui eut aussi cette naïve idée, Astruc n'aurait-il pas le droit de rire des logiciens de nos jours, qui admettent une maladie virulente, un virus, et qui disent que le médecin n'a jamais rien à faire contre lui!...

Après l'iode, les sudorifiques et les autres agents de modification générale, viennent les modificateurs locaux. Conduit ainsi à parler des symptômes primitifs, c'est-à-dire du chancre, l'auteur s'est peu occupé de la partie descriptive; quant à la partie théorique, j'ai le regret de dire qu'elle est encore plus incomplète. Seulement à propos du chancre, Cullerier croyait que le traitement général était au moins inutile et irrationnel, et son interprète en prenait occasion de dire (p. 160) que *plus on s'affranchira de la fatale théorie du virus, moins sera grand le nombre des malades qui conserveront les funestes traces de l'ulcère primitif...* Qui donc, mon Dieu, forçait Cullerier à subir et à prouver cette théorie! mais quand les meilleurs esprits ont rompu avec la logique, ils donnent ainsi dans des écarts inconcevables.

A côté de cela, il faut savoir un gré infini à Cullerier d'avoir rejeté la cautérisation absolue du chancre comme un moyen dangereux. Pourquoi n'a-t-il pas pu faire partager cette conviction à ceux dont il avait subi les fatales doctrines? c'eût été au moins une compensation. En résumé, il conseillait pour le chancre les antiphlogistiques, les topiques émollients et en dernier ressort les topiques mercuriels. — L'auteur termine l'histoire du traitement du chancre en affirmant que quand, par des moyens rationnels quelconques, on a obtenu d'une manière complète la disparition de l'ulcère syphilitique, la constitution est aussi bien garantie de toute rechute, que si le malade avait été soumis à toute autre méthode, c'est-à-dire à la thérapeutique mercurielle. Cette assertion est loin d'être basée sur des faits concluants, sur des relevés positifs... mais je me demanderai comment, si ce que l'on appelle le symptôme secondaire n'est qu'une rechute, ce qui est bon pour cette rechute, perde sa valeur et devienne même dangereux pour le symptôme primitif de la même maladie?

Cullerier s'est occupé avec un grand soin et beaucoup de détails des modifications locales convenables au bubon. S'il parle des circonstances qui doivent indiquer l'emploi des émollients, des antiphlogistiques, celles qui commandent l'usage des irritants, des vésicants, des pommades; s'il trace les règles qui doivent présider à l'incision, au pansement de l'ulcère; s'il signale les complications qu'il faut redouter et prévenir, les obstacles à la cicatrisation, etc., c'est toujours le même modèle de précision, de clarté et de méthode. Ici le génie tout pratique de Cullerier était à l'aise; aussi le voit-on briller du plus vif éclat? Toute critique doit désormais tomber et se taire devant un mérite d'autant plus pur, d'autant plus rare aussi, qu'il fut modeste autant qu'il était distingué. Répétons ici ce que nous avons dit déjà. Cullerier était avant tout praticien, et il apportait dans l'exercice de ses fonctions autant de conscience que de courage; s'il ne savait pas jeter sur son enseignement cet éclat qui séduit et qui trompe quelquefois, il savait imprimer à ses conférences au lit du malade un caractère

scientifique et grave qui leur donnait une valeur inestimable. Ajoutons enfin, et c'est là un de ses plus beaux titres, Cullerier fut un des thérapeutistes les plus distingués de ce temps, où la thérapeutique a fait de si remarquables progrès. Il faut remercier aussi l'élève consciencieux et probe qui recueillit des leçons simples et modestes comme le maître qui les dictait, et qui en fit un livre, plein de données précieuses pour ceux qui veulent étudier surtout l'histoire du traitement de la syphilis.

OBSERVATIONS.

PEMPHIGUS CHRONIQUE,

Compliqué d'une pneumonie double. — MORT.

(Hôpital Saint-Louis, service de M. Cazenave.)

Le nommé C... Henri, âgé de 92 ans, ancien employé, est entré à l'hôpital, le 19 mai 1845, pour un pemphigus chronique, situé aux membres inférieurs.

D'une bonne santé dans sa jeunesse, C... a eu la jaunisse à 30 ans; mais depuis, il n'a jamais eu de nouvelle atteinte d'ictère; il n'a jamais éprouvé, dans l'hypocondre droit, de douleurs comme on en observe dans les maladies du foie. Son appétit est ordinaire; la constipation est habituelle chez lui : elle est même très-opiniâtre, et se termine quelquefois par une diarrhée bilieuse, noire, brûlante et accompagnée de coliques. Le visage, naturellement brun, présente une teinte légèrement ictérique.

Il y a quinze ans, C... fut attaqué d'un eczéma des jambes, qui étaient, comme il dit, rouges et suintantes. Cet état a peu duré et ne semble pas avoir eu d'influence marquée sur le développement de l'éruption actuelle. Depuis trois ans, d'une autre part, C... aurait, si on l'en croit, éprouvé des contrariétés nombreuses. Les personnes qui viennent le voir à l'hôpital, et qui font partie de sa famille, interrogées sur ce point, prétendent cependant qu'il ne peut avoir de véritables chagrins. Il se pourrait bien plutôt que depuis trois ans, C... fut atteint d'un peu d'hypocondrie; au reste, on ne peut ajouter grande foi à ce que dit ce malade, car sa raison semble un peu altérée par son grand âge.

Il y a quatre mois, C... vit se développer sur les membres inférieurs des taches rouges, irrégulières, accompagnées d'un sentiment pénible de chaleur et de fourmillement; ces plaques devinrent le siége d'élevures blanchâtres, ressemblant à des traces de brûlure, et prenant en peu de temps l'aspect de véritables *cloches*, de la grosseur moyenne d'une noisette. Ces bulles se déchiraient et laissaient échapper un liquide clair et limpide, quelquefois mêlé d'un peu de sang : la peau était alors écorchée, puis il se formait des croûtes minces, qui tombaient au bout de quelques jours. Ces *cloches* reparurent à diverses reprises, suivant la même marche, mais sans qu'il soit possible de savoir si leur apparition était précédée ou accompagnée de symptômes généraux bien tranchés.

A son entrée à l'hôpital, C... est dans l'état suivant :

Ses deux jambes présentent autour des malléoles de larges bulles, d'un blanc laiteux, distendues par de la sérosité. Ces bulles, au nombre de dix à douze à chaque jambe, diffèrent de dimension : les plus petites sont grosses comme un grain de café; les plus grandes égalent en volume la moitié d'un œuf de pigeon, coupée suivant son grand axe : elles ont en général l'aspect des ampoules que produit le vésicatoire; cependant on en trouve deux ou trois qui semblent contenir un liquide sanguinolent. A côté de ces bulles, on voit des ulcérations ou mieux des excoriations légères, qui ont succédé à des bulles rompues, soit accidentellement, soit par le poids du liquide entraîné à leur partie déclive; enfin, on trouve encore, çà et là, des croûtes minces, noirâtres, ou des squames grisâtres très-légères qui accusent l'existence antérieure de bulles qui se sont flétries et vidées. Ces caractères ne permettent pas de méconnaître l'existence d'un pemphigus chronique. La peau qui recouvre le reste du corps est terne, rugueuse; elle présente une desquammation générale, peu marquée d'ailleurs, et ne succédant évidemment pas à l'affection bulleuse, bornée aux membres inférieurs. Toute la superficie du corps est le siége d'une

vive démangeaison ; la face externe des avant-bras présente quelques papules disséminées de prurigo. Les viscères abdominaux, percutés avec soin, ne présentent rien de notable; les poumons sont sains; le cœur est légèrement hypertrophié.

L'état général du malade ne permet guère que la médecine du symptôme. On lave tous les jours les plaies des jambes avec du vin aromatique, on les panse avec la pommade au tannin. (2 grammes pour 20 grammes d'axonge.)

Plus tard, quand le suintement est beaucoup moindre, et pour calmer les souffrances du malade, qui se plaint sans cesse, on saupoudre les parties malades avec de l'amidon sec. Ces mêmes parties commencent à répandre une odeur assez forte, on les désinfecte avec le chlorure de chaux...

Sous l'influence de ces moyens, la maladie s'améliore un peu, mais sans modification importante.

D'un autre côté, dès le 25 mai, C... avait été pris de délire pendant la nuit; le matin à la visite, il avait encore les idées embarrassées; assoupissement, sans fièvre.

26 mai. — Coliques violentes, vomissement d'un liquide blanchâtre, grumeleux, nullement bilieux. Soulagement marqué; les coliques et les vomissements ne se reproduisent plus les jours suivants. Le malade continue à battre la campagne de temps en temps; il n'a pas de fièvre.

10 juin. — Le malade tousse un peu, et expectore des crachats muqueux, assez consistants, pas de fièvre. (Mauve sucrée, julep gommeux).

15 juin. — Décubitus dorsal, faiblesse très-grande, idées confuses, réponses sans signification, crachats rouillés caractéristiques, râle crépitant, à grosses bulles, dans toute l'étendue des deux poumons; pouls lent et faible. (Julep kermétisé).

18 juin. — Adynamie profonde.

19 juin. — Mort du malade.

A l'autopsie, on a trouvé tous les caractères d'une pneumonie double, au deuxième degré. Les intestins ne présentaient rien de remarquable; la muqueuse stomacale ramollie se détachait facilement par lambeaux. *Le foie était sain.*

REMARQUES. — Nous avons déjà cité plusieurs faits de pemphigus chronique, et nous nous proposons d'en parler à nos lecteurs toutes les fois que l'occasion s'en présentera. Nulle maladie, en effet, ne mérite plus que celle-ci et l'intérêt et l'étude des praticiens. Presque toujours mortel, le pemphigus chronique est, quant à sa nature, enveloppé de la plus grande obscurité, et c'est à ce double point de vue que nous avons rapporté l'observation qui précède. Pour un esprit trop préoccupé de la gravité ordinaire du pemphigus, il pourrait y avoir ici tendance à lui attribuer, au moins comme complication, les accidents auxquels a succombé C...; il faut donc se prémunir contre une erreur de pronostic, qui pourrait devenir grave elle-même : cette forme de pemphigus persistante, mais limitée à certains points des membres inférieurs, est assez fréquente chez les vieillards, et peut bien accuser une détérioration plus ou moins profonde de l'économie; mais il est rare qu'elle constitue un danger sérieux, au moins tant qu'elle reste à cet état. J'ai gardé longtemps dans mes salles un malade qui, très-âgé aussi, était atteint d'un pemphigus chronique fixé aux deux jambes, mais surtout aux pieds et aux orteils. Bien que cet homme fût dans des conditions peu favorables, que l'éruption persistât avec tous ses caractères, la santé générale du sujet n'en paraissait pas notablement altérée. Les complications ordinaires du pemphigus, quant il a duré très-longtemps, sont l'anasarque, l'œdème, quelquefois des hydropisies; mais la pneumonie à laquelle a succombé C..., était bien évidemment indépendante de l'éruption.

Au point de vue de la nature du pemphigus, l'observation de C... présente aussi de l'intérêt. En effet, on a demandé vainement à l'anatomie pathologique le secret de cette cruelle maladie, et la seule altération presque constante que l'on ait rencontrée est ce que l'on appelle le foie gras; or, chez C... le foie était sain. Que conclure de cette circonstance? Ou que l'altération de l'organe hépatique est une conséquence de la maladie, conséquence qui peut manquer..., ou qu'il y a plusieurs espèces de pemphigus chronique; que si le plus souvent cette maladie est fatale, quand elle résulte d'une disposition particulière, et que si se développant sous une cause occasionnelle, elle prend plus ou moins promptement un caractère de généralité remarquable, toujours grave, sinon mortelle... elle peut aussi être accidentelle, c'est-à-dire se développer sous l'influence de causes qui peuvent cesser, comme la détérioration de l'économie, une émotion morale vive; elle peut se limiter alors

comme l'eczéma, et grave encore par sa ténacité, par sa persistance, par les complications, elle laisse du moins l'espérance... Plus tard, je me propose de développer ces idées avec un plus grand nombre de faits, qui me permettront, je l'espère, d'établir plus nettement la nature du pemphigus, même dans ses différentes formes.

ACNE ROSACEA

Liée à des troubles utérins, qui avaient succédé à une blennorrhagie opiniâtre. — TRAITEMENT PAR LES SANGSUES RÉPÉTÉES, LES LOTIONS MERCURIELLES.

(Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Cazenave.)

Le 28 décembre 1844, est entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle Napoléon, la nommée H...... Pétronille, née en Amérique, âgée de 26 ans, mariée, couturière, pour se faire traiter d'une *couperose,* existant depuis plusieurs années déjà.

H..... est d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin et lymphatique; elle avait joui d'une bonne santé générale, jusqu'à l'âge de 23 ans, époque à laquelle survinrent les accidents utérins, et par suite l'affection cutanée, qu'elle porte aujourd'hui. Personne d'ailleurs, dans la famille de H....., n'a été affecté de *couperose;* quant à elle, elle a toujours suivi un régime alimentaire rafraîchissant, composé de laitage, et surtout de légumes : elle est d'une grande sobriété, et ne boit jamais ni vin, ni liqueurs. Interrogée sur ses antécédents, voici ce qu'elle raconte :

Après avoir été bien portante jusque-là, H..... contracta, à 22 ans, une blennorrhagie, qui s'annonça par une vive cuisson aux parties sexuelles, et fut caractérisée par un écoulement, d'un jaune verdâtre, et assez abondant. L'acuité de l'inflammation fut assez grande, pour faire souffrir beaucoup la malade, et la forcer de garder le lit pendant quelques jours. Un abcès se forma aux grandes lèvres; il fut ouvert avec l'instrument tranchant. Ces divers accidents locaux furent combattus en outre par les bains et les cataplasmes émollients. Plus tard, on administra le baume de copahu, mais sans pouvoir triompher complétement de l'écoulement, qui persista toujours depuis, sous forme de leucorrhée, plus ou moins abondante. La malade n'avait eu aucune ulcération vénérienne.

Un an plus tard (à 23 ans), H..... s'aperçut que les règles devenaient de moins en moins abondantes; elles cessèrent même pendant quelques mois, et furent rappelées au moyen d'une application de sangsues, aidée de cataplasmes sinapisés aux cuisses. Cependant elles continuèrent à se présenter avec une irrégularité très-marquée, et toujours le flux menstruel fut peu abondant. Bientôt aussi H.... ressentit au vagin une démangeaison légère; le coït devint la cause, pour son mari, de petites vésicules blanchâtres, transparentes, contenant de la sérosité, qui se formaient sur le gland et la face interne du prépuce, et qui passaient en quelques jours, sous l'influence de lotions faites avec une solution faible de nitrate d'argent (1). H...., remarqua aussi qu'à cette époque ses *flueurs blanches* étaient devenues plus abontantes.

Cet état durait depuis deux ans, quand H..... s'aperçut que son visage devenait le siége d'une rougeur, puis d'un gonflement sensibles, phénomènes suivis bientôt, sur les mêmes points, de l'apparition de petits *boutons*, qui suppuraient légèrement. Un régime délayant et rafraîchissant ayant été vainement observé, et les autres accidents persistant d'ailleurs, la malade se décida à entrer à l'hôpital, deux ans après le début de l'éruption.

A son entrée, la malade présente les symptômes suivants :

Le visage est en général rouge et gonflé; la rougeur est comme erythémateuse, mais en quelques points elle présente une teinte violacée. Autour des ailes du nez, sur les joues, aux commissures des lèvres, sont répandus, en assez grand nombre, des *boutons*, qui, au premier coup d'œil, paraissent pleins, comme papuleux, et pourraient en imposer pour de petits tubercules; mais en les examinant avec soin, on voit distinctement au sommet de la plupart d'entre eux un petit point de suppuration : ce sont de véritables pustules. Cette circonstance, jointe à la rougeur et au gonflement du visage, à la dilatation de quelques veinules extérieures, permet de diagnostiquer cette forme de l'*acne*, qui affecte particulièrement les femmes, et que l'on a appelée l'*acne rosacea.* Chez la malade elle présente une véritable particularité, c'est que le nez, qui est ordinairement le siége principal de l'affection, est à peine rouge et ne présente aucun point pustuleux.

L'injection du visage est assez grande et est accompagnée souvent d'un sentiment pénible de chaleur et de tension; ces phénomènes augmentent surtout aux époques menstruelles, et quelquefois aussi, en dehors de cette cause, sous l'influence de certains ali-

(1) Ces détails, donnés avec beaucoup de lucidité par la malade sembleraient annoncer que le mari a été atteint d'un *herpès præputialis,* forme souvent mal appréciée, et qui, dans ce cas surtout, pouvait faire naître l'incertitude et même l'erreur.

ments, d'une émotion morale, du travail, etc.

La malade a habituellement des fleurs blanches légères ; la menstruation est à peu près nulle ; de plus H..... est exposée à une continuelle constipation.

A l'examen des parties sexuelles, on vit le col de l'utérus notablement abaissé, le vagin raccourci, et le museau de tanche laissant suinter une mucosité épaisse et filante.

Pour combattre la constipation, et exciter l'intestin, on mit la malade à l'usage de laxatifs légers, de lavements, de quelques purgatifs.

On fit des applications réitérées de sangsues à la vulve pour rappeler les règles, qui ne reparurent pas cependant plus complétement que d'habitude, tant que H..... resta à l'hôpital. Notons ici que c'est à cette circonstance seulement que l'on a pu attribuer le peu d'amélioration qui fut apportée à l'état de la malade.

H.... prit deux pilules de Sedillot par jour ; elle fit des injections vaginales légèrement astringentes. Sous l'influence de ces moyens, l'écoulement muqueux avait cessé, les fleurs blanches ne reparurent presque plus.

Un bain simple est pris tous les deux jours. Enfin elle faisait sur le visage des lotions avec l'émulsion qui suit :

℞ Bichlorure hydrargyri......	10 centigr.
Chlorure d'ammonium......	10 centigr.
Lait d'amandes............	250 gramm.

F. S. A.

Ces moyens furent continués pendant quatre mois, époque à laquelle la malade, soit par découragement, soit pour affaires, demande sa sortie. Le visage est toujours le siége d'une rougeur érythémateuse, mais qui a diminué d'étendue. Il n'y a presque plus de gonflement, il n'y a plus que quelques pustules indurées, rassemblées dans un espace très-limité, autour du nez et des lèvres. Cependant l'amélioration n'est évidemment qu'apparente, et probablement ne doit être que momentanée.

Remarques. — Incomplète au point de vue du traitement, c'est-à-dire du résultat, cette observation semblerait ne pas avoir dû trouver place ici. Elle a pourtant un intérêt réel, sous le rapport de la filiation des phénomènes qui ont précédé et évidemment produit chez H..... l'affection du visage. En effet, il est bien remarquable, que c'est à la suite de la blennorrhagie que se sont développés les premiers troubles utérins, chez une femme jusque-là bien portante, qui était d'une sobriété excessive, qui ne présentait d'ailleurs aucune prédisposition à la maladie dont elle fut atteinte : serait-ce trop oser que d'en conclure que la blennorrhagie a été, par sa persistance, la cause des accidents qui se sont manifestés, c'est-à-dire de la diminution, puis de la presque cessation des règles. Maintenant il est évident pour moi que c'est sous l'influence de cette perturbation menstruelle que s'est développée l'éruption du visage ; j'ai pu bien des fois en effet constater l'étroite sympathie qui existe entre l'*acne rosacea* et les troubles utérins. Sous ce rapport donc ce fait n'est pas sans importance, au point de vue de l'étiologie et, comme je le disais tout à l'heure, de la filiation des accidents par lesquels avait passé la malade, puisqu'il est vrai de dire qu'ici l'acne dépendait indirectement d'une affection vénérienne des parties génitales. Ajoutons que sous le rapport du diagnostic, l'observation de H..... présente aussi un véritable intérêt. En effet, on pouvait dans l'espèce se préoccuper, d'une part, des antécédents de la malade, de l'autre, de l'aspect tuberculeux de l'éruption, et croire à une syphilide secondaire ; mais la rougeur, le gonflement, la forme évidemment pustuleuse de la maladie, tous les caractères enfin que nous avons indiqués, devaient faire reconnaître une affection non spécifique, qui ne dépendait que par intermédiaire de l'infection vénérienne et qui, influencée par les troubles menstruels, devait disparaître avec eux... Mais l'erreur était possible, et, je le répète, sous ce point de vue, l'observation qui précède peut n'être pas sans utilité.

CHANCRE ET BLENNORRHAGIE.

PÉRIODE D'INCUBATION TRÈS-ÉVIDENTE.

M. B..., élève en pharmacie des plus distingués, extrêmement soigneux de sa personne, et dont j'ai pu moi-même depuis longtemps apprécier l'intelligence et la bonne foi, vint me consulter le 16 janvier dernier (1845) et me donna les renseignements suivants sur son état antérieur.

Il est âgé de vingt-trois ans, d'une forte constitution. Depuis quatre ans qu'il habite Paris, il n'a jamais été malade. Seulement il y a un

an, il contracta une blennorrhagie, première affection syphilitique qu'il ait eue de sa vie. Cette blennorrhagie fut traitée, dès le second jour de son début, par les injections à très-haute dose et par un régime sévère. A la suite de la première injection, l'écoulement fut suspendu pendant trois jours; puis il revint aussi abondant qu'auparavant sans que la sévérité du régime eût été un instant interrompue. Deux nouvelles injections furent alors pratiquées, et l'écoulement se suspendit de nouveau pendant cinq jours; puis il se rétablit, toujours sans aucun relâchement dans le régime. Enfin une troisième injection eut encore pour résultat de suspendre l'écoulement pendant deux jours seulement. Après cette troisième récidive, M. B... renonça aux injections, qui avaient à chaque fois provoqué de vives douleurs. L'écoulement dura, en diminuant d'abondance, pendant environ six semaines, puis se supprima tout à coup spontanément. En même temps que cette suppression, il se manifesta des douleurs dans un des testicules et bientôt tous les symptômes de l'orchite. Celle-ci dura environ trois semaines, et après sa guérison, l'écoulement reparut, avec moins d'intensité toutefois qu'auparavant. Il dura encore plusieurs mois, avec des alternatives d'augmentation et de diminution, et finit enfin par disparaître complétement. Lorsque M. B... eut le dernier rapport sexuel, il y avait cinq mois qu'il ne s'était pas écoulé une seule goutte de pus ou même de sérosité par l'urètre.

Dans la soirée du jeudi 9 janvier, M. B... eut un seul rapport sexuel avec une femme de santé douteuse; il y avait plus d'un mois qu'il n'avait pratiqué le coït. En rentrant chez lui, il fit avec soin plusieurs ablutions sur les parties génitales et en particulier sur le gland et le prépuce; les jours suivants, il renouvela les mêmes ablutions de deux jours l'un. Le mercredi soir 15 janvier, il aperçut pour la première fois une légère rougeur, accompagnée d'un peu de démangeaison, dans le sillon balano-prépucial. Le jeudi matin, la rougeur avait été remplacée par une petite ulcération arrondie, de deux millimètres de long sur un millimètre et demi de large, à bords nettement découpés, à surface grisâtre, environnée d'une légère auréole rouge à fond déprimé. C'est pour cette ulcération qu'il vint me consulter. Je prescrivis seulement des pansements avec de la charpie imbibée d'une solution de nitrate d'argent à 15 centigrammes par once.

Le samedi 18, M. B... me dit avoir éprouvé dans la nuit quelques picottements dans le canal de l'urètre, principalement dans la fosse naviculaire; le matin il avait aperçu une goutte de liquide séro-purulent à l'orifice du méat. Il continua le même traitement, et le lendemain 19, l'écoulement urétral était plus abondant, la douleur étant restée au même degré. Je constatai ce jour-là un écoulement séro-purulent assez abondant. L'orifice urétral externe était légèrement rouge et tuméfié. L'urètre était très-faiblement induré dans ses deux tiers antérieurs au moins; il était à peine douloureux à la pression et partout également : aucun point n'était spécialement induré. L'émission de l'urine s'accompagnait d'une douleur médiocre dans toute la longueur du canal à partir du périnée; les urines étaient d'ailleurs limpides. — Prescription : 30 grammes de poudre de cubèbe par jour; le malade, ne buvant habituellement qu'une quantité modérée de vin dans ses repas, ne changera rien à son régime quotidien, sinon qu'il s'abstiendra de liqueurs et de café,

Le 21, un nouveau chancre, plus petit encore que le premier, s'est développé à trois lignes de distance de celui-ci, qui va beaucoup mieux; l'un et l'autre sont complétement cicatrisés le 28. Au lieu de 30 grammes de cubèbe, M. B... en a pris de 50 à 60 grammes presque tous les jours jusqu'au 30. L'écoulement a diminué dès le premier jour, et le 30 il est réduit à une gouttelette presque entièrement séreuse; le 31 on n'aperçoit plus aucune trace d'écoulement, et aucune récidive n'a lieu à partir de ce jour. Le malade a continué à prendre du cubèbe pendant douze jours en diminuant progressivement la dose jusqu'à 4 grammes.

Aujourd'hui 1er juillet 1845, la guérison persiste sans avoir jamais éprouvé aucun accident, bien que M. B... ait eu depuis le mois de février plusieurs rapports sexuels.

Remarques. — Cette observation, quant aux faits qu'elle renferme, n'a rien assurément qui la distingue de toutes celles que l'on peut faire journellement en syphilis, et je n'aurais pas songé à la mettre sous les yeux de nos lecteurs, si ces faits, quoique très-communs n'acquéraient une grande importance par leur précision. Les partisans des fausses doctrines ne se soutiennent qu'à l'aide de faits plus ou moins équivoques qu'ils s'efforcent de torturer avec art, et qu'ils finissent enfin par amener ainsi à l'appui de leurs systèmes; les faits précis sont au contraire le fléau de l'erreur parce qu'ils traînent à leur suite une vérité palpable, évidente, et que les esprits, quelque aveuglés qu'ils soient par les sophismes et la routine, finissent toujours par se rendre à l'évidence. Or, qu'y a-t-il de plus évident que l'existence d'une période d'incubation dans le fait qu'on vient de lire? M. B... a eu un seul rapport

sexuel le 9 janvier au soir; en rentrant chez lui, il lave avec soin ses parties génitales et pendant cinq jours aucun phénomène morbide, si faible qu'il soit, ne se manifeste; ce n'est qu'au sixième jour accompli qu'une légère rougeur apparaît, rougeur qui le lendemain se transforme en chancre; ou il n'y a pas eu pathologie de période d'incubation, ou ces cinq jours de calme complet constituent une période d'incubation. Quoi de plus évident encore que l'absurdité de cette opinion qui ne voit dans la blennorrhagie comme dans le chancre qu'un effet d'une irritation locale produite par le pus blennorrhagique ou chancreux! Comment donc aurait-il pu agir cet irritant purulent après les ablutions soigneusement pratiquées par M. B.? Comment! il se serait enfoncé dans l'épaisseur du derme pour se soustraire à l'action des lavages répétés, et cependant, par une exception merveilleuse, unique, il aurait victorieusement résisté à la force puissante et aveugle de l'absorption! La raison n'est-elle qu'un vain mot, ou ceux qui professent de semblables opinions en sont-ils complétement dénués? Que le lecteur y songe et qu'il juge ensuite.

H. DE CASTELNAU.

REVUE.

DE LA PELLAGRE EN FRANCE.

M. BALARDINI. — M. TH. ROUSSEL.

(Suite.)

M. Balardini, s'adressant au gouvernement, fait ressortir ensuite par divers raisonnements toutes les conséquences de l'augmentation toujours croissante d'une affection telle que la pellagre qui devient héréditaire, et privera plus tard l'État de bras indispensables à la culture de la terre, principale source de richesse d'un pays. Il regarde le système actuel d'affermage des terres comme défectueux, propre à laisser le paysan dans la plus profonde misère, et propose de diviser les grandes propriétés entre beaucoup de familles de colons, etc., etc., ou du moins les propriétaires devraient veiller davantage à ce que la nourriture de leurs serviteurs fût de meilleure qualité et préparée selon les conditions indiquées plus haut; ils devraient leur donner des vaches, car le lait a toujours été considéré comme un des meilleurs remèdes de la pellagre. — Les médecins cantonaux, les curés, les députés communaux, pourraient être chargés de surveiller de temps à autre la nourriture des paysans, d'inspecter les marchés de grains, etc. — Les bains sont reconnus d'une grande utilité dans la maladie, et il serait utile de chercher à en répandre l'usage en ouvrant, s'il le fallait, des bains publics. Les propriétaires ne devraient pas permettre que la culture du maïs eût lieu ailleurs que dans les plaines, parce que sur les collines et dans les vallées le grain manque de chaleur et n'arrive que difficilement à maturité. Il faudrait profiter de ces derniers endroits pour y semer le blé, le seigle et la pomme de terre, aliments bien supérieurs. Sette a vu en effet l'usage de ce dernier tubercule faire diminuer la pellagre dans certaines contrées du pays vénitien.

L'hérédité de la pellagre étant bien reconnue, il faudrait aussi s'opposer au mariage des malades entre eux. Les rapports sexuels sont d'ailleurs une cause d'affaiblissement, et il est d'observation journalière que la grossesse, l'accouchement, l'état puerpéral, l'allaitement, ne contribuent pas peu à faire naître la pellagre chez la femme ou à rendre chez elle cette affection plus grave. F. Hildenbrand et J. Frank pensent que si l'on est quelquefois obligé de conseiller le célibat à certaines personnes saines, à plus forte raison doit-on le faire, pour empêcher la propagation d'une maladie aussi terrible que celle dont il est question. — Enfin dans le but d'écarter le plus possible toute cause qui pourrait avoir une influence prédisposante, il serait nécessaire : de prescrire des règles d'hygiène bien entendue, de les répandre parmi les populations des campagnes, de défendre l'usage d'aliments de mauvaise nature, huiles âcres, poissons salés, boissons spiritueuses, etc; le travail précoce chez les enfants, les convalescents, les nouvelles accouchées; d'empêcher encore l'oisiveté dans les étables, pendant la saison d'hiver; de recommander de soigner toute espèce d'affection dès le principe.

Tels sont les conseils que M. Balardini croit

les meilleurs pour prévenir, traiter et guérir l'affection pellagreuse.

Si nous résumons cet important mémoire, l'impression générale qui en résulte est que la pellagre ne serait plus, comme on le pensait généralement, une affection endémique, particulière à certaines contrées de l'Italie; mais que ce serait une maladie *sui generis*, dépendante non plus d'influences climatériques, mais de l'action délétère d'une certaine substance, du maïs. Il manque à cette opinion la sanction du temps et de l'expérience, sans laquelle nulle théorie ne peut commander les convictions de tous; mais on peut reconnaître dès à présent qu'elle a une grande apparence de probabilité. Cependant nous savons qu'elle n'est pas jugée ainsi en Italie, c'est-à-dire là où l'on doit supposer qu'existe le plus d'intérêt à connaître la vérité, le plus d'obligation d'en faire la recherche consciencieuse, le plus de moyens d'y arriver. Ainsi le docteur Calderini, chargé de soigner les pellagreux à l'hôpital Majeur de Milan, et qui a apporté dans cette tâche autant de soin que d'intelligence, prétend qu'il existe une filiation évidente, un rapport parfait de causalité entre la syphilis et la pellagre. Cette opinion tombe devant ce simple raisonnement, que s'il en était ainsi, la pellagre devrait être une maladie commune à tous les pays où la syphilis existe; or, bien qu'on l'ait découverte en France, il est notoire que cette affection, qui a évidemment un cachet à part, est limitée à certaines contrées, et par conséquent que les influences qui peuvent la produire sont limitées aussi. Il faut donc dire de l'opinion du docteur Calderini, ce que l'on doit penser de celle de Della Bona, et de Z. Franck, qui faisaient de la lèpre l'origine de la pellagre; il faut dire que c'est une véritable hypothèse. En dehors de ces suppositions, le congrès scientifique de Milan, et après lui la commission nommée pour étudier la pellagre en France, établirent que cette maladie était une forme purement endémique à certaines régions, produite surtout par l'insolation et entretenue ou aggravée par certaines habitudes locales. Nous avons fait connaître, en commençant cet article, l'opinion de la commission française; si on la compare au système du docteur Balardini, on trouve que l'avantage est tout à ce dernier, au point de vue de la probabilité et de la valeur des faits. Nous verrons bientôt combien les idées émises par le savant italien gagnent de force à être appuyées par celles de M. Th. Roussel, dont nous avons à examiner le travail; mais jusque-là cependant *adhuc sub judice lis est.*

Nous oublions de dire que le mémoire se termine par une longue liste bibliographique et chronologique des ouvrages qui traitent de la pellagre, et par *des tableaux* offrant le nombre des individus atteints de cette maladie, dans les différentes provinces de la Lombardie, pendant l'année 1830.

En voici le résumé :

PROVINCES DE :	NOMBRE des communes infectées.	POPULATION de ces communes.	PELLAGREUX.	PROPORTION. Centièmes.	PROPORTION. Dixièmes.
Milan	277	257,410	3,075	1	2
Mantoue	44	146,217	1,228	0	8
Brescia	163	239.584	6,939	2	9
Bergame	239	258,154	6,071	2	4
Come	233	180,439	1,572	0	9
Pavie	121	128,403	573	0	5
Cremone	72	104,445	445	0	4
Lodi	102	128.650	377	0	2
Sondrio	2	3,400	2	0	1
	1,253	1,446,702	20,282	1	4

D.

M. TH. ROUSSEL.

Après quelques considérations sur la découverte de la pellagre en Espagne et en Italie, circonstance que nous connaissons déjà, l'auteur raconte en détail comment cette étrange maladie fut enfin trouvée en France; comment fut établie son identité. En 1818, M. le docteur Hameau, praticien modeste de la Teste de Buch, aurait signalé une maladie de la peau, selon lui peu connue, qu'il n'aurait osé ni clas-

ser, ni nommer, et qui, selon M. Roussel, ne serait autre que le *mal de la Rose* de Casal, le *scorbut alpin* d'Odoardi, la *pellagre* enfin des médecins lombards. Plus tard, M. Gintrac de Bordeaux aurait parfaitement reconnu cette pellagre dans le *mal de la Teste;* plus tard, M. Léon Marchand aurait été, comme nous le savons, chargé d'étudier la nouvelle épidémie... Mais malgré ces efforts isolés, malgré les intéressantes communications de M. Brière de Boismont, la maladie aurait été peu connue, jusqu'à ce que M. Th. Roussel étant interne à l'hôpital Saint-Louis en 1842, trouva dans son service et publia (1) un cas *complet* d'affection pellagreuse; le signal était donné; pendant l'année suivante, deux nouveaux faits de pellagre furent découverts et signalés dans le même hôpital; M. le docteur Devergie présentait un *pellagreux* à l'Académie royale de médecine, et M. Léon Marchand établissait qu'il en existait plus de trois mille dans les campagnes visitées par lui. Ces circonstances, puissantes cependant, n'ayant pas suffi pour démontrer la vérité pressentie par le docteur Hameau, M. Th. Roussel s'est dévoué à l'étude approfondie d'une maladie grave, malheureusement méconnue; ce sont les résultats de cette étude, qu'il a consignée dans sa thèse (2).

Nous y trouvons reproduites tour à tour la description du mal de la Rose, celles du scorbut alpin et de la pellagre de Lombardie. Nous voyons ensuite esquissée cette maladie de la Teste, qui, observée par M. Hameau, devait devenir plus tard la pellagre française; enfin quelques traits jetés en passant donnent les caractères principaux des faits observés à Paris en 1842 et 1843.

La partie principale de cette symptomatologie est celle qui traite de la pellagre lombarde; on ne s'en étonnera pas, si l'on songe que M. Roussel l'avait observée sur les lieux même. Cependant, comme elle n'a pu que reproduire ce que l'on savait déjà par le mémoire de M. Brière de Boismont, nous ne ferons que la signaler, en attendant le moment où nous devrons à notre tour donner une histoire complète de cette pellagre, encore mal définie aujourd'hui. Il faut pourtant nous arrêter quelques instants au chapitre que l'auteur a consacré à la folie pellagreuse, phénomène qu'il semble avoir plus particulièrement étudié.

Le délire des pellagreux semblerait constituer principalement cet état, que M. le docteur Baillarger appelle *mélancolie passive*, état entretenu surtout par des illusions et des hallucinations. En effet, M. Roussel croit que ces derniers phénomènes sont plus fréquents qu'on ne le pense généralement dans le cours de la pellagre. Si elle est accompagnée quelquefois de *manie furieuse*, la folie tient alors plutôt à des conditions accidentelles qu'à la maladie elle-même ; ainsi elle peut se développer sous l'influence d'une méningite intercurrente, alors qu'un délire aigu, avec agitation et fureur, est venu interrompre le cours d'un délire mélancolique. Cette circonstance purement accidentelle serait devenue, suivant M. Roussel, l'occasion d'erreurs qu'il signale ainsi : « C'est précisément à cette catégorie qu'appartiennent les faits rapportés dans les lettres de Liberali à Brera, et dans le mémoire de Carraro. Le premier de ces auteurs s'en est servi pour prouver la *condition phlogistique*, ou pour parler français, la *nature inflammatoire* de la folie pellagreuse ; il s'appuie sur les symptômes, tels que la chaleur du front, la rougeur de la face, l'agitation et surtout l'injection de l'angle interne de l'œil, qu'il regarde comme un signe de méningite. Les autres arguments sont tirés des lésions anatomiques, qui sont celles de l'arachnitis, et les succès qu'il a obtenus des *déprimants*, c'est-à-dire des vomitifs et des purgatifs, associés aux émissions sanguines. »

« Liberali avait bien observé, il finit par mal conclure. Dans sa première lettre, subjugué par la puissance des faits, il avait reconnu l'importance d'une distinction, et il admettait que l'*hyposthénie* est la condition générale des pellagreux, à laquelle se rattachait le délire habituel, accompagné de tristesse et de mélancolie. Il soutenait seulement qu'à cette condition générale hyposthénique pouvait s'ajouter une condition locale d'*hypersthénie*, produite par l'insolation et caractérisée par l'inflammation des enveloppes cérébrales ; malheureusement, dans les lettres suivantes comme dans le travail de Carraro, il n'est plus question que de ce fait secondaire, devenu le fait principal, afin de prouver que la pellagre et la manie pellagreuse proviennent d'une *maladie d'excitement*, d'une *maladie phlogistique*, d'une gastro-méningite... »

Ces opinions, contredites par M. Roussel, tendent du moins à établir que la pellagre serait accompagnée de troubles plus ou moins marqués du côté de l'intelligence. Maintenant ces troubles ont-ils un caractère particulier? L'auteur ne pense pas qu'il faille admettre la *monomanie religieuse*, qui doit être attribuée seulement à l'éducation des peuples de l'Italie ; mais il reconnaît que la folie pellagreuse est souvent accompagnée de la *monomanie suicide*, et il se fonde sur l'opinion de Strambio, de J. Franck, de Soler. Le propre de cette manie est « la propension *effrénée*, suivant l'expression de Strambio, que les malades éprouvent à se jeter dans l'eau. *Ils se*

(1) *Revue Médicale*, n° de juillet 1842.

(2) De la Pellagre : thèse soutenue le 17 mai 1845.

noient, a dit M. Léon Marchand ; et M. Calès a connu aussi dans le Lauraguais plusieurs pellagreux qui avaient cherché la mort au fond d'un puits. Ce fait est vraiment la règle ; il a été observé partout et d'une manière si prononcée, que Strambio a cru devoir en faire une forme spéciale de délire, sous le nom d'*hydromanie*. »

Cette monomanie a été signalée également par MM. Plantanida et Brière de Boismont : « Il y aurait maintenant, dit M. Roussel, et dans notre pays, une curieuse et importante étude à entreprendre : elle consisterait à rechercher dans les maisons d'aliénés, particulièrement dans les provinces où la pellagre est déjà connue, et dans celles où, d'après les données que j'exposerai plus loin, il est présumable qu'elle existe, quelle est la proportion des pellagreux fous, et sous quelles formes s'exprime chez eux l'aliénation mentale. » L'auteur établit ensuite par des chiffres que la plupart des maisons d'aliénés d'une partie de l'Italie sont peuplés d'un grand nombre de pellagreux.

Après ces considérations sur les troubles profonds qui marqueraient ce dernier terme de la pellagre, M. Roussel s'est occupé des complications qui peuvent jusqu'à un certain point constituer des anomalies dans la symptomatologie pellagreuse. Ainsi, dans le *mal de la Rosa*, on aurait signalé l'existence de *croûtes* que l'on ne remarque jamais dans la maladie : l'auteur attribuerait ce phénomène aux conditions météorologiques excessives, au milieu desquelles vivent les Asturiens. Dans le *scorbut des Alpes*, on aurait remarqué un état fongueux et saignant des gencives, la chute des dents, et ces accidents devraient dépendre uniquement d'une complication de la pellagre avec le scorbut. M. Roussel croit que plusieurs affections cutanées peuvent coexister avec la maladie pellagreuse, et que cette circonstance a fait admettre différentes variétés qui n'existent pas en réalité. Ainsi, suivant lui, l'eczéma compliquerait fréquemment la pellagre, et aurait contribué ainsi à des erreurs de description.

M. Roussel appelle ensuite l'attention sur les anomalies, que peut présenter la pellagre, suivant les différents lieux où on l'observe : « C'est, dit-il, sur des faits de cet ordre, que Soler avait basé sa division trop oubliée de la pellagre, en *sèche* et *humide* : la première, qui était surtout caractérisée par l'amaigrissement, se rencontrait principalement dans les pays secs, élevés ; la seconde, qui se terminait ordinairement par l'hydropisie, avait lieu dans les contrées basses et humides. » M. Roussel ne serait pas éloigné d'admettre la distinction posée par Soler, et il aurait constaté que l'hydropisie et l'anasarque paraissent plus fréquentes dans les pellagreux des vallées humides de l'Asturie, que chez les pellagreux à la figure hâve, au corps desséché des landes rases de la Gironde.

Après avoir signalé les variations que peut subir la pellagre sous l'influence des saisons, M. Roussel ne croit pas devoir consacrer de chapitre particulier au diagnostic différentiel, et cependant il ajoute : « Quoique la pellagre bien caractérisée ne puisse donner lieu à aucune confusion, on peut affirmer qu'il n'y a point de maladie plus difficile à reconnaître, et surtout à ses débuts, pour quiconque en ignore la cause, et n'est point prévenu de son existence. Vers les premiers temps, elle se dissimule sous l'apparence d'un affaiblissement graduel qu'on ne regarde point comme une maladie, ou sous les traits variés d'une lésion des voies digestives qu'on peut attribuer aux causes les plus opposées, elle marche ainsi et parcourt ses phases, sans que l'on saisisse le lien qui unit tous les accidents qu'éprouvent les pellagreux, la faiblesse qui va croissant, les éruptions cutanées qui paraissent ou disparaissent, les accidents nerveux et les dérangements digestifs qui tantôt s'exaspèrent et tantôt s'amoindrissent. On croit assister à une succession de maladies chez des individus d'une mauvaise constitution, et l'ont ne voit pas qu'une même cause morbide ravage cette constitution, et se joue, sous des formes changeantes, et cependant invariables, des efforts de l'art et des lumières du médecin. Si l'on songe maintenant à la gravité du pronostic, à cet aveu unanime des auteurs qui regardent la pellagre, surtout lorsqu'elle est arrivée à un état avancé, comme absolument incurable, on comprendra combien il importe d'établir le diagnostic dès les débuts du mal.... »

L'origine de la pellagre a été l'objet de nombreuses controverses ; ceux qui l'attribuaient à une cause permanente, éternelle, comme l'insolation, ont dû soutenir qu'elle avait existé de tout temps ; ceux qui la faisaient dépendre d'une cause particulière, accidentelle, ont dû dire qu'elle était nouvelle, comme les influences qui l'avaient produite. La première opinion fut soutenue surtout par Frapolli et Albera : la seconde a pour principaux partisans M. Balardini en Italie et M. Roussel en France. Ce dernier croit qu'il faut attribuer l'erreur des pathologistes italiens, à ce qu'il existe dans la science des analogies qui les ont trompés ; ainsi, il est hors de doute pour lui que dans tous les temps, l'abus de la nourriture végétale a dû être la source d'accidents sans nombre : cependant il établit que même pour les partisans de l'ancienneté, la pellagre était sans équivalent exact dans l'histoire de la médecine. Il paraît véritablement démontré que tous les esprits sérieux, que tous les observateurs attentifs ont reconnu et proclamé la nouveauté de la pellagre. Il ne s'agirait plus dès lors que

de préciser l'époque de son apparition, et sur ce point M. Roussel est complétement d'accord avec M. Balardini, en fixant son apparition en Italie vers le milieu du siècle dernier. Du reste, on comprend qu'il doit régner une grande incertitude sur les dates, si l'on songe que de nos jours, le diagnostic de cette étrange maladie repose sur des faits appréciables seulement pour un petit nombre de praticiens.

Arrivant aux causes, M. Roussel passe en revue toutes les hypothèses qu'a suscitées l'étude de l'étiologie de la pellagre. Nous savons déjà qu'un grand nombre d'auteurs l'avaient attribuée à l'insolation, que Calderini en faisait une dégénérescence de la syphilis; mais il n'est rien peut-être de ce qui peut modifier plus ou moins profondément l'économie qui n'ait été accusé de pouvoir produire cette maladie. Il faut placer en première ligne l'air, ce grand véhicule des épidémies. Ainsi Thouvenel supposait que, par suite de la multiplication prodigieuse des canaux d'irrigation dans la plaine lombarde, la surface des eaux fluviales s'était trouvée considérablement augmentée, en même temps que leur écoulement était devenu plus lent et plus difficile : il pensait ensuite que la masse de vapeur exhalée par ces masses d'eau allait se mêler à l'air vif et cru des régions alpines; il en résultait enfin la *déphlogistication* de l'air placé dans la région intermédiaire, et partant la cause prédisposante de la pellagre.

Casal, préoccupé des phénomènes météorologiques, qu'il observait en Asturie, attribuait la pellagre à une humidité excessive; et M. Léon Marchand la faisait dépendre, par suite de préoccupations contraires, de l'influence d'une extrême sécheresse.

M. Roussel repousse toutes ces opinions, et pense qu'en général les modifications atmosphériques ne jouent qu'un rôle secondaire dans la production de la pellagre, et qu'il faut en dire autant de toutes ces influences dont on a exagéré la portée, comme la malpropreté, l'habitation dans des lieux malsains, l'excès des fatigues, les passions tristes, etc. L'auteur a nié ces dernières causes par les mêmes raisons qui ont décidé M. Balardini : ainsi, pour ne parler que de la malpropreté, il dit : « Dans quelques contrées de la France, telle que la haute Auvergne, les montagnes du Velay, du Gévaudan et du Rouergue, où je puis affimer que la pellagre n'existe pas, ces conditions existent pour les pauvres cultivateurs qui vivent côte à côte avec leur bétail, dans des maisons où ils n'ont souvent que la terre humide pour plancher, qui l'hiver sont ensevelis dans la neige, et entourés l'été d'immenses monceaux de fumier et de mares fétides qui coulent des étables et des maisons... Il y a donc *quelque chose de plus* en Lombardie et dans les lieux sujets à la pellagre pour produire cette maladie. »

Ce quelque chose on l'a cherché surtout dans le régime alimentaire; ainsi Jacopo Penada accusait le manque de vin et l'usage des viandes salées; mais la pellagre n'existe pas là, où comme dans certaines contrées montagneuses de la France, on abuse de cet aliment : Storni accusait les petits vins frelatés; mais la maladie a été remarquée chez un grand nombre d'individus qui ne buvaient pas du tout de vin : Scudelanzoni l'attribuait à l'usage de l'eau infecte; d'autres accusaient l'abus du sel marin, du laitage, des crudités, l'usage du pain fait avec de la pâte de seigle aigrie, avec de la farine de sarrazin, de millet, etc.; mais la pellagre a été vainement cherchée dans des contrées où ces circonstances existent aussi complétement que possible. Il faut arriver enfin, pour trouver la véritable cause de la maladie pellagreuse, à l'usage exclusif ou excessif du zéa-maïs signalée à différentes époques par Titius, par Fanzago, par Sette : l'opinion qui fait du blé de Turquie la cause principale de la pellagre, dut enfin à Marzari l'importance qu'elle comporte aujourd'hui; elle fut combattue vivement par Ruggieri, Aglietti et Bellotti, et ses adversaires firent triompher leur doctrine en affirmant que la pellagre était inconnue dans des pays où l'usage du maïs était cependant généralement répandu. Ainsi, les propositions formulées par le docteur Balardini au congrès de Milan furent repoussées comme contraires à l'observation. M. Roussel, reproduisant à son tour cette opinion, l'appuie sur des faits que nous connaissons, c'est-à-dire sur la coïncidence évidente et de la généralisation de l'usage du maïs, et de l'apparition de la maladie pellagreuse : « Faut-il penser, dit-il, que la pellagre est si nécessairement attachée au maïs, que partout où croît cette céréale, partout aussi la maladie doive se rencontrer? Non, sans doute; et pour moi, je suis fermement convaincu qu'il faut, pour que le maïs la produise, un ensemble de conditions qui peuvent ou se présenter très-rarement ou ne point se présenter du tout dans un grand nombre de contrées. C'est pourquoi, si j'avais à formuler une proposition rigoureuse, je ne dirais point : Partout où existe le maïs, là aussi existe la pellagre; je dirais : Partout où l'on a observé des pellagreux, on les a trouvés dans une classe d'hommes se nourrissant presque exclusivement pendant une partie de l'année, soit avec du maïs seul, soit avec du maïs associé à des céréales analogues, telles que le millet, le sarrazin, etc. Je ne connais pas un seul fait en opposition à cette proposition ainsi formulée. » C'est donc surtout sur la coïncidence signalée plus haut, que M. Roussel se fonde pour soutenir son opinion. Cependant, à l'exemple de M. Balar-

dini, il juge nécessaire de rechercher, par l'étude de la composition chimique et des vertus nutritives du maïs, si cette céréale est réellement capable de produire des effets morbides aussi graves que ceux qui appartiennent à la pellagre. Il résulte de cette étude, que dans nos climats, une alimentation purement végétale est impropre au maintien des forces et de la santé; que le maïs est de toutes les céréales, celle qui fournit l'aliment le moins azoté; qu'en deçà du 36ᵉ ou 37ᵉ degré de latitude septentrionale, il n'arrive très-souvent qu'à une maturité incomplète, d'où il résulte que l'alimentation exclusive avec le maïs récolté dans ces conditions, est non-seulement très-affaiblissante, mais qu'elle doit produire des effets morbides qui peuvent, au bout d'une certaine durée de ce régime, acquérir une extrême gravité.

« Certes, dit M. Roussel en terminant, si la vérité dans les sciences d'observation peut se présenter à nous avec un cachet irrécusable, c'est sans contredit lorsqu'un fait étant donné, en l'examinant sous toutes ses faces, dans tous ses rapports, on le voit s'adapter à tous les faits et trouver dans chacun une preuve nouvelle.

« C'est pourquoi je n'hésite pas à dire que si la pellagre n'était point reconnue dans les provinces à maïs, il faudrait l'y chercher, et que tôt ou tard on la trouvera dans les autres provinces où cette céréale forme, pour un nombre plus ou moins considérable d'individus, la base de l'alimentation.

« Il est urgent de donner à cet égard l'éveil aux médecins des campagnes, et de réclamer des autorités administratives les mesures capables d'arrêter les progrès d'un mal qui paraît envahissant... »

On voit par ce qui précède, que les questions qui se rattachent à la pellagre ont au moins une grande importance au point de vue de l'hygiène publique. La gravité des faits allégués est telle, que ce n'est pas en exagérer la portée, que d'appeler l'attention des gouvernements sur un fléau aussi dangereux que paraît l'être celui qui a inspiré la thèse de M. Roussel. Nous avons dû enregistrer avec soin des travaux qui tendent à établir que l'affection pellagreuse est due à l'influence d'une céréale dont l'usage tend à se répandre et à se généraliser; puisqu'évidemment ils auront au moins pour effet de susciter de nouvelles recherches. Nous n'avons pas l'intention de discuter l'identité admise par M. Roussel entre la pellagre lombarde et le mal de la Teste, mais il est permis de penser que les propositions que la thèse renferme ont besoin de la sanction de l'expérience, et que l'observation n'a pas dit son dernier mot sur la pellagre en France. Toujours est-il que la dissertation de M. Roussel avait surtout pour objet d'éveiller l'attention des praticiens, et qu'elle a parfaitement atteint son but. Quant à nous, nous pouvons craindre qu'il n'y ait en ce moment de la tendance à voir un peu trop de pellagre en certaines choses, et nous avouons que rien d'assez décisif n'a paru, qui pût nous faire modifier ce que nous disions il y a deux ans, alors que parut le mémoire de M. Roussel à l'Académie... Nous attendons.

OBSERVATIONS

SUR LA POMMADE DE CIRILLO.

Par M. J. Pessina.

La pommade de Cirillo, selon la prescription de son auteur, doit être préparée, comme l'on sait, en triturant, pendant douze heures continues, le sublimé corrosif avec l'axonge épuré, dans le but d'obtenir la division la plus complète de la préparation mercurielle. C'est en réunissant ces conditions qu'elle devint un remède fameux et efficace entre les mains de son inventeur et d'autres médecins. On ne peut nier cependant que ce médicament ne soit quelquefois infidèle, comme si l'organisme se refusait à ressentir son action, ou que d'autre part les frictions pratiquées avec lui déterminent une éruption érysipélateuse grave qui contraint à en suspendre l'emploi sur les parties où l'auteur en conseille l'application, c'est-à-dire à la plante des pieds. Ce sont ces inconvénients qui en ont fait abandonner l'usage par quelques praticiens.

En fixant son attention sur ces différences observées dans l'action thérapeutique de la pommade de Cirillo, M. Pessina s'est assuré que ce n'était pas au médicament lui-même qu'il fallait s'en prendre, mais à son mode de préparation, et que lorsque celle-ci était faite suivant les indications de Cirillo, il ne manquait jamais de produire un effet salutaire. Si, en effet, la trituration n'a pas été prolongée pendant l'espace de temps indiqué, l'absorption du deutochlorure devient plus difficile, et la peau doit s'irriter par le frottement des parties mal divisées.

On comprend du reste très-bien qu'un pharmacien, et à plus forte raison un élève, s'assujettisse difficilement à triturer un médicament pendant douze heures consécutives, et

il se peut aussi que quand bien même cela serait exécuté avec exactitude pendant cet espace de temps, le degré de force différant dans chaque préparateur, et la manière plus ou moins habile dont le pilon est manié, établissent des variétés notables dans le degré de division du deutochlorure (1).

Afin de remédier à ces inconvénients, tout en obtenant une pommade conforme aux préceptes du médecin napolitain, voici le procédé que conseille M. Pessina :

Mettez trois deniers de sublimé corrosif dans un mortier de verre ou de pierre dure, réduisez-le en poudre très-fine ; ajoutez-y le double de son poids d'alcool absolu, et au moyen d'une exacte trituration le sublimé sera parfaitement dissous en peu de minutes. A peine aurez-vous obtenu cette solution qu'il faudra mettre dans le mortier deux drachmes de graisse de porc bien dépurée, et continuer la trituration sans s'arrêter; de cette manière l'alcool s'évaporera peu à peu, et le mélange deviendra homogène. Alors on ajoutera deux autres drachmes d'axonge, et une autre demi-once, après une heure de trituration. Si cette opération est faite avec soin la pommade doit être parfaitement élaborée dans l'espace de deux heures, et pour n'altérer en rien la prescription de Cirillo, on pourra, comme il l'indique, ajouter quelques grains d'hydrochlorate d'ammoniaque.

Un médecin répandu a expérimenté la pommade préparée par ce procédé, et des observations lui ont démontré qu'elle réussissait parfaitement sans altérer les parties sur lesquelles elle était appliquée.

(*Annali di chimica.* — Juillet 1845.)

PROTOIODURE DE FER CONTRE LA BLENNORRHAGIE.

Le docteur Vermeulen prétend que dans la blennorrhagie tenace et invétérée il obtient la guérison à l'aide de 6 à 12 grains de protoiodure de fer dans une once d'eau distillée.

La tolérance des malades pour ce remède étant très-variable, on injecte dans l'urètre, plusieurs fois par jour une solution de protoiodure de fer dans une once d'eau distillée, et si elle excite peu la sensibilité, on augmente la dose du médicament jusqu'à quatre grains. La solution doit être préparée chaque jour à raison de la facilité avec laquelle le protoiodure se décompose. Dans les premiers jours la sécrétion de la matière purulente change de nature et devient ensuite moins dense et moins transparente. A l'aide de ce moyen six à douze jours suffisent pour guérir une gonorrhée chronique.

(*Annal. med. chir. di Metaxa.*)

OBSERVATIONS SUR LE PROTOIODURE DE MERCURE.

Le protoiodure de mercure préparé d'ancienne date se décompose sous l'influence de l'air, de la lumière diffuse et de l'oxygène atmosphérique, et se convertit en un mélange de proto et de deutoiodure. M. Venturini est parvenu par un moyen simple à le conserver dans son véritable état de perfection. Voici son mode de préparation :

Prenez du protoiodure de mercure mêlé à du deutoiodure cinq parties, ajoutez-y par trituration dans un mortier de verre une partie de mercure métallique pur. Lorsque vous serez arrivé à ce point que le mercure soit complétement divisé, ajoutez la huitième partie de son poids d'hydriodate de potasse ioduré, et, après une demi-heure de trituration continue, traitez le mélange avec l'eau distillée froide; jetez-le sur un filtre de papier, édulcorez plusieurs fois jusqu'à saturation, et mettez entre des feuilles de papier non collé pour obtenir la dessiccation.

On parvient aussi à perfectionner par la même méthode le protoiodure incomplet et qui provient d'une double décomposition, en employant le protonitrate de mercure mêlé au deutonitrate conjointement avec l'hydriodate de potasse. — De la pureté du protonitrate dépend un protoiodure parfait et privé de deutoiodure.

On peut encore obtenir le protoiodure de mercure en traitant avec l'hydriodate de potasse, le protochlorure de mercure ou mercure doux de Sichelle.

(*Filiatre Sebezio.* — Mai 1845.)

EXPÉRIENCES *sur les urines et le sang après l'usage interne de* L'IODE *dans la syphilis constitutionnelle.*

Il n'est pas sans intérêt d'étudier avec soin le changement que les médicaments, employés dans des cas où il existe une infection générale par un virus tel que la syphilis, produisent sur les liquides de l'économie ; les conséquences pratiques qu'on peut en tirer seront facilement appréciées par les thérapeutistes. C'est à ce titre que nous rapportons le résultat des expériences du docteur Helles.

Les urines de ceux qui ont fait usage à l'intérieur de l'hydriodate de potasse à peti-

(1) Voici la formule de Cirillo (*Osservazioni pratiche intorno alla lue venerea.* Napoli, 1783.)

℞ Mercure sublimé corrosif......... dr. j.
Axonge. porcin. n. v............. unc j.

M. et tritur. simul in mortar. vitr. per hor. xij et f. ung.

les doses, sont ordinairement pâles; lorsque l'on vient à augmenter la dose du médicament, elles prennent une teinte jaune foncé, souvent brune ou rouge; elles sont limpides, faiblement ou normalement acides, mais de prime abord elles sont alcalines, et il se forme simultanément un sédiment d'acide urique, d'ammoniaque et de phosphate de magnésie ammoniacal. Leur poids spécifique est souvent au-dessous du poids normal; la quantité d'urée est presque toujours augmentée.

Les sels réfractaires à la chaleur et particulièrement les muriates, s'y rencontrent en plus grande quantité. On peut en dire autant des combinaisons ammoniacales et des matières extractives (urine phlogistique et abondante en principes, contenant de l'hydrogène). L'iode se montre dans les urines aussitôt après avoir été administré et presque dans la même quantité qu'il l'a été.

Analyse de l'urine dans une syphilis universelle après l'usage de l'iode et de l'hydriodate de potasse continué pendant l'espace de trois semaines.

Ce malade, âgé de 38 ans, avait déjà contracté en 1829 une blennorrhagie et un bubon; en 1837, il fut pris de douleurs ostéocopes avec tumeurs, qui cédèrent sous l'influence de la décoction de Zittmann. Ces douleurs se réveillèrent de nouveau en 1841, en attaquant la clavicule, et furent traitées par les frictions mercurielles; leur réapparition eut lieu encore au même lieu en 1843, sans que ces mêmes frictions puissent produire un effet favorable. Les os du nez commençant alors à être notablement intéressés, on donna l'hydriodate de potasse à la dose d'un scrupule, puis d'un demi-scrupule avec addition de cinq grammes d'iode, enfin une drachme de ce même sel avec un grain d'iode; pour aliments des viandes rôties et des fruits.

Examen des urines le 22 janvier. — L'urine était en quantité normale, de couleur jaune foncé, inodore, offrant une réaction acide; son poids spécifique — 1015. Le malade avait pris deux scrupules d'hydriodate de potasse dans trois onces d'eau distillée. L'acide nitrique n'indiquait ni albumine, ni biliphéine; par l'acide chromique au contraire, on obtenait une forte réaction d'iode; il en était de même avec l'hyolidine.

1,000 parties de cette urine contenaient :

Eau	974,80
Matières solides	23,20
Urée	7,737
Acide urique	0,340
Matières extractives et sel ammoniacal	6,433
Hydriodate de potasse	10,520

26 *janvier.* — Jusqu'à cette époque le malade n'avait consommé que deux scrupules d'hydriodate de potasse avec un demi-grain d'iode dans trois onces d'eau. — L'urine était d'une couleur jaune très-foncé, complétement limpide, d'odeur naturelle; sa sécrétion était diminuée, sa réaction faiblement alcaline, son poids spécifique — 1021 et contenait :

Eau	954,40
Matières solides	45,60
Urée	13,82
Acide urique	0,51
Matières extractives et sel ammoniacal	12,15
Sels réfractaires au feu et hydriodate de potasse	19,32

31 *janvier.* — L'urine émise le matin présentait une couleur jaune de feu; sa réaction, d'abord faiblement acide, devint tout à coup alcaline; son poids spécifique — 1017. (Celle de la nuit pesait 1021.) Dans l'espace de 24 heures on obtint 850 grammes d'urine; on en fit évaporer 200; on fit dissoudre le résidu dans de l'eau; il fut filtré, on lava ce qui était resté, et on traita avec un peu d'ammoniaque jusqu'à réaction alcaline énergique du liquide. On en obtint le précipité à l'aide du nitrate d'argent; après avoir lavé celui-ci avec l'eau ammoniacale et l'avoir séché, on en détermina le poids. On obtint ainsi 0,94 d'hydriodate d'argent qui contenaient 0,507 d'iode ce qui faisait pour 1000 parties d'urine 3,535 d'iode, ou (ce qui est la même chose) 3,322 d'hydriodate de potasse. Les 850 grammes contiennent donc 2,824 grammes d'hydriodate de potasse. Et comme l'iode se rencontre toujours dans les urines sous forme d'hydriodate de potasse, l'auteur a encore eu soin de compter dans celui-ci le demi-grain d'iode; de sorte que comme on avait administré 40,656 grammes d'hydriodate de potasse, et comme en même temps 38,689 grammes avaient trouvé issue par les urines, il y avait eu 1,967 grammes qui s'étaient frayés une voie en partie dans le sang, en partie dans les crachats, la sueur, la muqueuse des narines, etc. Si les malades éprouvaient une abondante diaphorèse, la quantité d'iode évacuée par son moyen serait un peu plus considérable.

Iode dans le sang.

On a fait aussi des expériences sur le sang des malades qui avaient pris en moyenne la quantité d'un scrupule d'iode. L'auteur traita le sérum avec l'amidon, et y ajouta de l'acide

nitrique; il fit l'inverse et ne put obtenir de traces de la présence de l'iode.

Mais si au contraire il versait en même temps que l'acide nitrique quelques gouttes de chromate de hyolidine, on voyait se manifester une belle couleur violette; le même effet avait lieu quand, à l'aide de la coction et de la filtration, on dépouillait le serum de l'albumine. En remarquant que la réaction de l'iode se prononce d'une manière plus évidente, lorsque l'hématoglobuline est combinée avec l'iode, l'auteur en conclut que le sel iodique impressionne beaucoup plus celle-là que le serum pur. Ainsi la quantité d'iode transmise au sang est toujours si petite qu'elle ne peut être déterminée d'une manière absolue, dans les cas même où il est administré à haute dose et où il passe avec une rapidité surprenante dans les urines. On peut en conclure que cette substance est plutôt excrétée qu'elle ne pénètre dans la masse du sang. Ce dernier liquide n'offrait du reste à l'observation microscopique aucun changement particulier.

(*Annali univ. di med.* — Juin 1845.)

DE L'EMPLOI DE L'IODURE DE POTASSIUM DANS LA SYPHILIS PRIMITIVE.

Tout le monde sait la réputation dont jouit aujourd'hui l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis secondaire ; une telle vogue devait conduire à le faire regarder comme le meilleur antagoniste du virus; c'est ce que vient de penser M. le docteur Mistler, médecin à Schelestatd, qui emploie l'iodure contre la syphilis primitive, non pas tant pour la faire disparaître, que pour l'opposer au développement de la syphilis primitive secondaire, c'est-à-dire pour enrayer le virus.

Voici, au surplus, le traitement que M. Mistler a adopté. — Lorsqu'un malade atteint de chancres vient le consulter, il cherche d'abord à détruire l'affection locale, à l'aide des moyens généralement usités. Il soumet en même temps le malade au traitement préservatif contre l'infection consécutive, en lui administrant de 25 centigrammes à un gramme d'iodure de potassium dans les vingt-quatre heures, combiné avec un sirop végétal, d'après la formule ci-jointe :

℞ Racines de saponaire........	ãã 30 gram.
— de gaïac..........	
— de patience (*rumex patientia*).......	
— de chicorée sauvage.	
Tiges de douce-amère.......	
Fleurs de houblon...........	6 gram.

Infusez à froid dans trois chopines d'eau pendant trente-six heures, filtrez et ajoutez sucre blanc, *Q. S.*, pour convertir le tout, selon les règles, en sirop consistant.

Ajoutez :

Iodure de potassium dissous dans *Q. S.* d'eau distillée..	12 gram.
Eau de fenouil.............	ãã 30 gram.
Sirop de morphine.........	

Mêlez.

A prendre de 4 à 8 cuillerées à bouche par jour, délayées dans un verre d'eau, ou, ce qui est encore préférable, dans une tasse de tisane de chiendent.

On continue le traitement, non-seulement jusqu'à ce que les symptômes locaux aient complétement disparu, mais encore quelque temps après, jusqu'à ce qu'enfin l'infection secondaire ne paraisse plus à craindre.

« Ce traitement, dit M. Mistler, a, sur les autres médications généralement usitées, d'incontestables avantages. Il n'affaiblit point la constitution comme les antiphlogistiques, n'agit point sur la bouche et les glandes salivaires comme les mercuriaux, et enfin n'oblige pas à se garantir contre les refroidissements, ainsi que cela devient nécessaire lorsque le malade est sous l'influence des sudorifiques. Bien plus, il n'entraîne nécessairement aucune restriction dans la diète ou régime du sujet qui le suit. Une alimentation saine et nourrissante ne sont point des circonstances défavorables à l'action du remède. En un mot, l'individu conserve son appétit ordinaire, et continue à jouir de l'intégrité de ses fonctions physiologiques. Aussi peut-il continuellement vaquer à ses occupations habituelles, ce qui, selon moi, est un des plus grands avantages de cette méthode de traitement.

« Le nombre de malades atteints de chancres qui ont été soumis à ce genre de traitement, depuis huit ans que je l'emploie, est de 38; 32 ont été préservés de l'infection secondaire, tandis que chez les 6 autres la maladie a continué à progresser, des symptômes consécutifs se sont déclarés, 5 d'entre eux guérirent par les mercuriaux unis aux préparations iodées, et 1 seul résista à l'action de tout traitement rationnel. Il mourut par suite d'ulcérations du larynx. »

(*Gazette médicale de Strasbourg.* — Avril 1845.)

Paris. — Typ. Lacrampe et Comp., rue Damiette, 2

2e ANNÉE. — 2e VOLUME. — No 12. — JUILLET 1845.

ANNALES

DES

MALADIES DE LA PEAU

ET

DE LA SYPHILIS,

PUBLIÉES

Par Alph. CAZENAVE,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Médecine, etc.

Periculosum est credere et non credere.

BIBLIOGRAPHIE.

HISTOIRE DE LA SYPHILIS

DEPUIS LES TEMPS LES PLUS RECULÉS JUSQU'AU SEIZIÈME SIÈCLE.

PREMIÈRE PARTIE.

DE LA SYPHILIS DANS L'ANTIQUITÉ.

Par le doct. J. Rosenbaum,
Membre correspondant de l'Académie royale de médecine.

Traduit de l'allemand, avec des additions et des notes,

Par le doct. Ch. Daremberg,
Bibliothécaire de l'Académie royale de médecine, médecin du bureau de bienfaisance et des écoles primaires du XIIe arrond.

AVANT-PROPOS DU TRADUCTEUR.

L'histoire des maladies est le côté vraiment pratique de l'historiographie médicale ; mais c'est précisément celui qui est le plus négligé, en France du moins, sans doute à cause de toutes les difficultés qu'il présente ; il faut cependant bien le reconnaître, la pathologie historique ne sert pas moins au développement matériel de l'art qu'à la constitution intime de la science. L'auteur dont je traduis ici l'ouvrage a nettement établi dans le premier paragraphe de son *Introduction* l'importance des recherches historiques pour la science des maladies; il a démontré que la considération d'une affection quelconque dans son cours individuel ne suffit pas pour en donner une idée exacte et complète, mais qu'il faut suivre son développement, ses manifestations variées, ses causes de production, aux diverses époques, afin de constituer par cet examen un tout organique, d'où ressort une connaissance plus parfaite de l'essence de l'affection, et qui élève ainsi la pathologie historique au rang d'histoire des maladies dans l'humanité. Je ne reviendrai donc pas ici sur cette question, qui me paraît résolue ; je m'arrêterai seu-

lement un instant sur la valeur pratique de l'histoire des maladies.

Je sais que pour un assez grand nombre d'affections il n'est pas besoin d'approfondir leur histoire pour les connaître et les traiter ; je n'ignore pas non plus que, parmi les maladies, beaucoup ont été si mal déterminées par les anciens et même par les médecins plus modernes, qu'il serait d'une extrême difficulté de les diagnostiquer dans leurs ouvrages. La science ou l'érudition peut seule gagner quelque chose à l'examen patient et minutieux de ces problèmes enveloppés d'une obscurité presque impénétrable ; l'art ne saurait en tirer aucun profit. Enfin il est des maladies à peine connues ou tout à fait ignorées de l'antiquité ; pour celles-là donc les secours de l'histoire ne sauraient être invoqués. Mais il n'en est pas ainsi d'un grand nombre d'autres qui ont été reconnues, délimitées avec assez de rigueur par les anciens et qui se présentent d'ailleurs avec des traits si caractéristiques, si constants, qu'on ne pourrait raisonnablement se priver des lumières de l'antiquité soit pour l'étude, soit pour le traitement de ces maladies. Qui oserait en effet affirmer que la médecine actuelle, malgré la sévérité de son diagnostic et l'exactitude de ses recherches anatomico-pathologiques, possède seule le secret de la thérapeutique ? Nos prédécesseurs, plus empiriques peut-être dans la pratique, bien que plus raisonneurs et plus partisans des systèmes à priori dans la théorie, nous ont laissé des règles précises de traitement, et de nombreux exemples des bons résultats qu'ils obtenaient par des moyens qui ne sont pas toujours identiques à ceux que nous employons. Aussi ne faut-il jamais séparer l'histoire du traitement d'une maladie, de celle de la maladie considérée dans sa nature propre. Si les médecins étaient tentés de contester la vérité de ces assertions, je suis bien assuré d'avoir au moins l'assentiment des chirurgiens savants ; plusieurs, à l'aide de données historiques, ont agrandi, sur certains points, le domaine de la pathologie chirurgicale en rappelant des procédés opératoires oubliés et en ramenant à leurs véritables principes des méthodes de traitement actuellement en usage, mais dues au génie des anciens.

Ai-je besoin d'ajouter que l'histoire peut seule nous rendre compte des transformations que subissent les maladies suivant les temps et les lieux ? Profondément modifiée par les circonstances physiques, politiques ou autres, la constitution de l'homme présente, dans le cours du temps, de notables variations ; aussi le même élément morbide ne se développe pas toujours en lui d'une manière identique : les maladies ne sont donc pas plus semblables à elles-mêmes aux diverses phases de l'humanité que chez les divers individus pris isolément. Or toutes ces modifications doivent exercer une influence notable sur la thérapeutique rationnelle. — L'étude de l'étiologie générale ou spéciale ne peut non plus se passer de l'histoire, qui devient en même temps une source précieuse de prophylaxie.

Enfin, et pour dernière considération, l'histoire de certaines affections virulentes ou épidémiques, par exemple, fait si bien partie intégrante de la description nosographique de ces maladies, qu'on ne saurait l'en séparer ; comment en effet connaître la peste, la petite vérole, et pour rester dans le sujet qui m'occupe en ce moment, la syphilis, si on ne sait leur histoire.

La syphilis a-t-elle toujours revêtu les mêmes formes, présenté les mêmes caractères anatomiques, la même intensité ? A-t-elle toujours été transmissible seulement par le contact ou aussi par voie épidémique ? Un mode de traitement exclusif lui convient-il, soit dans tous les temps, soit dans tous les pays ? Quelles sont les circonstances qui favorisent ou entravent son développement ? Enfin, quels moyens prophylactiques peut-on diriger contre cette maladie ? Telles sont, à mon avis, les questions pratiques qu'on ne saurait résoudre sans recourir à l'histoire.

Mais pour que l'histoire offre tous les avantages que je lui reconnais, elle exige de la part de celui qui l'écrit des conditions qui semblent en quelque sorte s'exclure, tant elles supposent d'études variées et étendues. Ces conditions sont l'alliance d'une connaissance profonde de l'antiquité à une étude non moins sérieuse de la science actuelle, de ses principes, de ses méthodes et de ses plus petits détails ; car ce qui est inutile ou indifférent pour le praticien et même pour le médecin savant, conduit souvent l'historien, même par des

voies détournées, à l'interprétation d'une idée obscure ou d'un fait difficile à analyser. Autant il y a de vague chez les auteurs anciens, autant il faut de précision chez celui qui commente leurs ouvrages; sans ces conditions il n'y a point d'études historiques possibles, ou du moins il n'y a ni critique à y introduire, ni profit à en retirer : car, je ne saurais trop le répéter, les faits et les doctrines qui nous viennent de l'antiquité n'ont leur sanction, et n'atteignent, pour ainsi dire, leur entière signification et leur complet développement que par leur comparaison, leur confrontation avec les faits et les doctrines de la médecine contemporaine. Je me suis attaché, dans un autre travail, que je dois bientôt publier, à établir quelques règles qui me semblent pouvoir guider l'historien dans l'examen des descriptions que l'on trouve dans les ouvrages anciens, et le défendre contre des rapprochements fondés sur des apparences, ou même sur de simples similitudes de dénominations.

Pour revenir à mon sujet, il me suffira de dire qu'il faut avant tout, dans l'histoire de la syphilis, bien déterminer les caractères admis comme pathognomoniques par les pathologistes, distinguer nettement ce qui est spécifique de ce qui ne l'est pas, étudier ensuite les anciens par eux-mêmes, se pénétrer sans idées préconçues des résultats auxquels ils sont arrivés dans la description des maladies vénériennes, et surtout ne perdre jamais de vue qu'ils n'avaient qu'une idée très-vague de la spécificité dans les maladies, qu'ils n'en admettaient point dans les affections des organes génitaux; qu'ils ne rapportaient pas toujours les symptômes à leurs principes, qu'ils en faisaient, au contraire, des affections particulières; qu'ils n'attachaient pas, comme nous, une grande importance aux caractères anatomiques, mais qu'ils s'arrêtaient aux apparences extérieures; enfin qu'une sorte de pudeur mal placée et plus mal justifiée rendait les médecins circonspects non-seulement dans la description, mais jusque dans l'examen clinique des maladies vénériennes. C'est seulement après ces études générales et en se pénétrant de ces principes qu'on peut essayer une espèce de diagnostic comparatif et différentiel fondé sur l'examen critique des symptômes indiqués par les anciens et de ceux qui, pour nous, caractérisent la syphilis.

On conçoit d'ailleurs quelles difficultés de toute nature doivent entourer l'histoire d'une maladie, véritable Protée, sur laquelle la science moderne n'a pas dit son dernier mot.

Divisés d'opinions sur l'existence même d'une maladie spécifique virulente, ou, quand ils admettent cette maladie, sur ses caractères pathognomoniques, les syphilographes sont loin de considérer de la même manière les descriptions plus ou moins incomplètes qui sont rapportées par les anciens. Ainsi certains auteurs, partisans de la doctrine dite physiologique, se sont appuyés illogiquement, ce me semble, sur l'autorité des anciens pour établir leur théorie que la syphilis est simplement un mode particulier d'inflammation des organes génitaux. D'un autre côté, ceux qui ne voient de syphilis caractérisée que dans les symptômes secondaires ou tertiaires accusant une infection générale de l'économie, sont presque tous entraînés à nier l'existence de la syphilis dans l'antiquité; car il est difficile de trouver dans les médecins grecs ou latins un passage bien positif sur ces symptômes; le plus souvent c'est seulement à l'aide d'inductions qu'on arrive à les reconnaître dans les textes en litige.

C'est surtout au milieu de semblables perplexités qu'il importerait de remplir à un haut degré les conditions que je signalais tout à l'heure; il faut tout au moins, à défaut d'une opinion personnelle établie sur des observations directes, chercher un critérium aussi sûr que possible dans l'étude critique des doctrines représentées par les hommes les plus éminents et les plus accrédités.

Je ne puis mieux clore ces réflexions préliminaires que par le passage suivant, extrait de l'introduction au *Traité des Syphilides*, par M. Cazenave (page 18) : « Quand Sanchez détruisait par ses re« cherches scientifiques la fable de l'ori« gine américaine, il n'avait en vue qu'une « chose: prouver l'antiquité (1) de la sy« philis; je me propose un but peut-être

(1) C'est sans doute par inadvertance que M. Cazenave a écrit ce mot, car Sanchès s'est au contraire attaché, comme l'indique le titre de sa *Dissertation* (voir *Bibliographie*), à établir que la syphilis a pris naissance en Europe par une épidémie, sans recher-

« plus important, je veux faire ressortir « de l'histoire de la maladie, sa spécialité « même, en montrant par quelles voies a « progressé l'esprit humain pour tirer la « syphilis du chaos où elle était plongée; « je veux faire voir comment ses symp- « tômes, mal définis ou mal appréciés, se « sont groupés peu à peu, pour constituer « enfin ce grand type syphilitique, pres- « senti par les anciens et ramassé parmi « les débris du quinzième siècle. C'est « assez dire qu'il ne faut pas s'attendre à « retrouver dans ces recherches histo- « riques la syphilis composée de toutes « pièces. Quand on songe que de nos jours, « et après trois siècles d'expérience, les praticiens ne sont pas d'accord sur la nature des symptômes secondaires ; que « le diagnostic même des symptômes pri- « mitifs est loin d'être arrêté pour tous, « d'une manière définitive ; il ne doit pas « paraître étonnant que les anciens aient « pu connaître et décrire un grand nombre « de symptômes morbides, évidemment « syphilitiques, tout en les rattachant à « une foule d'affections étrangères les unes « aux autres, au lieu de les réunir en un « type spécial, comme on l'a fait depuis. »

Ces considérations, que j'aurais pu développer et multiplier, suffiront, je l'espère, pour justifier la traduction de l'*Histoire de la Syphilis dans l'antiquité*, par le docteur J. Rosenbaum (1), l'un des plus savants représentants des études historiques en Allemagne. Jusqu'à la publication de cet ouvrage, les diverses questions relatives à l'antiquité de la syphilis et résolues dans des sens opposés, n'avaient jamais été traitées d'une manière aussi complète ni aussi érudite. Ce n'est cependant pas qu'il n'y ait rien à reprendre dans l'*Histoire de la Syphilis*, qu'on puisse admettre toutes les interprétations, accepter toutes les déductions de l'auteur ; trop pénétré de son sujet, trop désireux d'accumuler des preuves en faveur de son opinion, il voit la syphilis partout, là même où, selon moi, on n'en rencontre point de trace évidente; je me réserve donc le droit de discuter ses conclusions toutes les fois qu'elles me paraîtront contestables. Je n'aurai, du reste, à faire que de rares additions partielles ; car, patient et minutieux investigateur, M. Rosenbaum n'a presque rien laissé à faire pour la collection des passages anciens qui de près ou de loin se rapportent à la syphilis.

En traduisant cet ouvrage, j'ai suivi le même système que pour l'*Histoire des maladies de la peau* du même auteur. L'exposition de M. Rosenbaum, souvent prolixe et parfois obscure, ne me permettait pas de reproduire littéralement le texte; j'ai donc cru pouvoir abréger ou retrancher quelques citations, resserrer les discussions, analyser au lieu de traduire certains chapitres. Je me suis particulièrement attaché à faire disparaître ou à voiler des détails obscènes que la convenance repousse et qui n'avancent en rien la question, détails auxquels le médecin qui a le respect de lui-même et de ses lecteurs ne doit jamais donner asile dans ses ouvrages, quel que soit le sujet qu'il y traite.

INTRODUCTION.

IDÉE ET SUJET DE L'HISTOIRE D'UNE MALADIE EN GÉNÉRAL.

Pour entreprendre l'histoire d'une maladie, il est d'abord nécessaire d'avoir une *notion*, une *idée* exacte de ce qu'est, en général, l'histoire de la maladie ; car c'est, en définitive, de cette idée que ressortiront les conditions que l'historien aura à remplir. Si nous nous adressons à l'expérience, c'est-à-dire, si nous examinons ce qu'on a ordinairement désigné par les mots : *Histoire d'une maladie*, nous trouverons comme résultat, d'abord un assemblage chronologique plus ou moins complet de ce qu'aux diverses époques, les différents médecins ont observé et pensé sur une maladie quelconque ; puis

cher si cette épidémie avait ou non des racines dans l'antiquité. Dans l'*Examen*, toujours préoccupé par l'idée exclusive d'épidémicité, il se déclare pour la nouveauté de la maladie (§ 4). Du reste, l'histoire de la syphilis se résout en deux questions distinctes, quoique connexes, l'antiquité et l'origine américaine. Chacune de ces questions peut être étudiée en elle-même ; cependant la solution de l'une dépend plus ou moins intimement de celle de l'autre : je reviendrai sur ce point dans le cours de mon travail. Ch. D.

(1) *Geschichte der Lustseuche. Erster Theil. Die Lustseuche im Alterthume;* et au second titre : *D. L. in A. für Aerzte und Alterthumsforscher, dargestellt von* Julius Rosenbaum, Halle. 1839, 8° de XIV, 464

la description du cours de la maladie dans l'individu. Ainsi on a, d'un côté, l'exposé des opinions des médecins; en d'autres termes, l'*Histoire littéraire de la maladie*, celle qui doit seulement précéder la véritable histoire, mais qui ne la constitue pas; et de l'autre, l'histoire d'une maladie dans un cas individuel, c'est-à-dire, telle qu'on a l'habitude de la faire depuis longtemps à la clinique. Tant que dans l'histoire d'une maladie, on ne s'occupe que des symptômes (phénomènes) par lesquels elle manifeste son existence, on ne connaît, pour ainsi parler, que son cours idéal, que son histoire intérieure, telle qu'on la trouve ordinairement dans un traité de pathologie spéciale. Comme il est impossible d'écrire l'histoire d'un individu, d'un peuple, de le connaître et de l'apprécier tout entier, en s'occupant exclusivement de son histoire intérieure, de son développement individuel, en le regardant en quelque sorte comme un tout, comme un être isolé et complet, sans avoir égard au développement, à la formation de ses rapports avec le monde extérieur; de même, on ne saurait faire l'histoire d'une maladie, en ne s'occupant que de son cours, sans faire de ses rapports extérieurs un sujet de recherches attentives. C'est seulement par l'union intime et constante de l'histoire extérieure et de l'histoire intérieure que nous pouvons arriver à la véritable histoire de la maladie qui, dans ce sens, peut être définie :

L'exposition génétique des phénomènes de la maladie dans ses différents rapports, chez les différents individus, dès la première époque de son origine et de l'observation, jusqu'au moment même de l'exposition; en d'autres termes et plus brièvement : *L'histoire d'une maladie est l'exposition génétique de son développement, de sa formation complète dans le temps* (1).

Si on limite le temps, les circonstances et le nombre des individus, on aura une histoire spéciale; mais on ne peut jamais considérer comme achevée et complète l'histoire générale d'une maladie, à moins que les conditions de sa formation et de son développement n'aient entièrement disparu.

En décomposant cette signification de l'histoire d'une maladie dans ses différentes parties constitutives, nous parviendrons à en distinguer le contenu propre et les parties qui l'ont constituée.

L'historien devra d'abord exposer les circonstances qui favorisèrent l'origine de la maladie et les causes qui la produisirent, déterminer en même temps de quelle manière elles ont commencé à exercer leur action, puis faire ressortir les influences qui ont empêché ou modifié l'action et les effets de ces causes. C'est alors seulement qu'il pourra suivre le développement et le cours de la maladie elle-même, et faire connaître les changements, les modifications qu'elle a subies depuis sa naissance jusqu'au moment de l'exposition de son histoire. Il indiquera aussi si ces changements étaient inhérents au caractère de la maladie, ou s'ils lui ont été imposés du dehors. En effet, comme dans l'individu, les phénomènes ou symptômes d'une affection ne se montrent pas tous à la fois, mais apparaissent plutôt l'un après l'autre; de même la maladie présente plus ou moins distinctement, dans son développement historique, une suite semblable de symptômes. Toute maladie, à toutes les époques, pouvant entrer en conflit avec une autre maladie, l'historien étudiera les rapports qui se sont formés entre ces deux différentes affections; indiquera si la maladie dont il s'occupe a exercé une action modificatrice sur l'autre, ou si elle a été modifiée par elle; si dans les combinaisons qu'elle a pu former, elle a neutralisé l'autre maladie ou si elle a été neutralisée par elle; enfin si toutes deux sont restées inactives l'une par rapport à l'autre. Il appréciera en dernier lieu l'influence de l'art et surtout des rapports du médecin avec la maladie. L'histoire, construite sur ces fondements, pourvu que toutes ses parties constitutives forment une unité organique, présentera aux praticiens le même intérêt qu'aux théoriciens : car c'est seulement ainsi qu'on pourra dévoiler la nature de la maladie et diriger contre elle un traitement rationnel.

(1) L'auteur aurait pu ajouter *dans l'espace*, attendu que la considération des lieux influe beaucoup sur le développement, les formes et les complications d'une maladie, de la syphilis en particulier. On connaît le mot si vrai que Celse met dans la bouche des empiriques : *Differre, pro natura locorum, genera medicinæ.* Ch. D.

§ 2.

Possibilité de l'histoire d'une maladie en général et de la syphilis en particulier.

Quoique la plupart des maladies soient susceptibles d'une exposition historique, il n'en existe qu'un trop petit nombre qui aient été étudiées dans ce sens. A l'exception des maladies épidémiques, pour la connaissance desquelles on devait nécessairement recourir aux recherches historiques, la plupart des autres maladies attendent encore leur historien. Chose singulière ! c'est même à ce titre de maladies épidémiques que la syphilis et la lèpre (1), véritables Protées, dont la nature intime se dérobait sans cesse aux investigations des pathologistes, ont été particulièrement l'objet de recherches historiques.

Cependant tout ce qui a été fait jusqu'à ce jour pour l'histoire de la syphilis et aussi de la lèpre se réduit à avoir rassemblé une collection insuffisante de matériaux, sans qu'on ait obtenu un résultat positif. La cause en doit être attribuée à ce que les savants qui s'occupaient de ce sujet, dirigèrent exclusivement leur attention sur un seul point : l'antiquité et l'époque de l'origine ; ils ne prirent en considération tous les autres points que comme venant à l'appui de l'une ou de l'autre de leurs opinions préconçues. Malheureusement les médecins qui avaient à cœur de traiter la question d'un point de vue plus élevé manquèrent des secours nécessaires pour réaliser leur projet. Il est vivement à regretter que des circonstances particulières aient arrêté l'illustre Hensler, au milieu de sa tâche ; le premier et seul volume de son *Histoire de la syphilis*, rempli d'observations aussi savantes qu'ingénieuses, restera toujours le meilleur guide de celui qui veut étudier profondément le sujet. Nous essayerons maintenant de mettre en ordre et de choisir convenablement les matériaux que nous avons à employer, et, nous chercherons d'abord à faire connaître les ressources littéraires dont l'histoire de la syphilis peut disposer.

(1) Ce n'est cependant qu'en recourant au caractère épidémique que l'on peut expliquer l'extension subite, rapide et générale de la syphilis au quinzième siècle, extension si singulière, qu'elle fut précisément la source principale de tous les systèmes historiques sur l'origine récente de la maladie.
Ch. D.

§ 3.

BIBLIOGRAPHIE (1).

ÉCRIVAINS ORIGINAUX.

1 — Nicolai Leoniceni Vicentini, et Joannis Almenar Hispani, l. de morbo Gallico, Angeli Bolognini Bononiensis, de cura ulcerum exteriorum et unguentis communibus in solutione continui lib. II. Alexandri Benedicti Veronensis, l. de pestilenti febre, Dominici Massariae Vicentini, de ponderibus et mensuris medicinalibus lib. III. Papiae ex offic. Bernhardini de Garaldis. M. D. XVI. fol°.

* Cette édition est très-rare ; Astruc (*de Morb. vener.*, ed. altera. Lut Paris, 1740, 4°, t. II, p. 623) la décrit, mais peut-être sans l'avoir vue ; je ne l'ai trouvée dans aucune des bibliothèques de Paris. Gruner et Girtaner n'ont pas été plus heureux que moi. Panzer, ordinairement très-exact, la mentionne sous la date de 1506. — Voici le titre d'une autre collection que j'ai vue à la bibliothèque Mazarine sous le n° 4362 :

2 — Contenta in hoc volumine : Marci Gattinarie super nono Almansoris ; Blasii Astarii de febribus ; Cesar Landulfi *id.* ; Seb. Aquilani de morbo Gallico ; Ejusdem questio de febre sanguinis ; Nicolai Leoniceni de morbo g. ; Disputatio utilis [Antonii Scanaroli de m. g.] ; Ant. Benevieni de morborum mirandis ; J. Almenar Hispani de m. g. ; Venetiis 1516, sumpt. hered. quondam nob. viri dom. Oct. Scoti modoetiensis et socior. 78 feuillets ; goth. fol°.

3 — Nicolai Massae, Veneti, Artium et Medicinae Doctoris, Liber de morbo Gallico, mira ingenii dexteritate conscriptus. Johannis Almenar, Valentini Hispani, Philosophi ac Medici, Liber perutilis de morbo Gallico, VII capitulis quidquid desideratur complectens. Nicolai Leoniceni, Vicentini, fidissimi Galeni interpretis, compendiosa ejusdem morbi cura. Angeli Bolognini, Medici eximii, libellus de cura ulcerum exteriorum : et de unguentis in soluta continuitate a Modernis maxime usitatis, in quibus multa ad curam Morbi Gallici pertinentia inserta sunt. s. l. MDXXXII. 8°.

(1) J'ai marqué d'un astérisque les ouvrages que j'ai décrits sur les originaux ; ceux que j'ai ajoutés à la liste de R. ; enfin les notes critiques et bibliographiques que j'ai refaites ou rédigées entièrement ; les notices nouvelles étendues sont signées Ch. D. On remarquera, d'ailleurs, que la publication de l'ouvrage remonte à 1839. Ch. D.

Astruc, t. II, p. 658, pense que ce livre a été imprimé à Venise. Haller (*Bibl. med. prat.*, t. I, p. 535) l'affirme mais sans preuves. cf. Girtaner, *Abhandlung über die venerische Krankheiten*, Gœtting.1793, t. II, p. 70.—Gruner *Aphrodisiacus*, p. v.

* Malgré toutes mes recherches je n'ai pu trouver ni cette édition ni la suivante; elles ne sont pas même indiquées dans Panzer; il y a sans doute, dans les indications, quelque erreur de date.

4—Liber de morbo Gallico, in quo diversi celeberrimi in tali materia scribentes medicinae continentur auctores, videlicet Nicolaus Leonicenus Vicentinus, Ulrichus de Hutten Germanus, Petrus Andreas Matheolo Senensis, Laurentius Prisius, Joannes Almenar, Hispanus, Angelus Bologninus. Venetiis per Joannem Patavinum et Venturinum de Ruffinellis. Anno Domini MDXXXV. 8°.

L'exemplaire qu'Astruc a vu dans la bibliothèque de Hans Sloane contient, imprimé avec les mêmes caractères et sur le même papier, bien que le titre n'en fasse pas mention, l'ouvrage suivant : Nicolai Poll, med. prof. et sacræ Cesareæ ac Majestatis physici, *Libellus de cura morbi g. per lignum guajacanum*. — Gruner, *l. c.*, p. v., qui possédait cette édition, ne mentionne pas l'ouvrage de Poll, mais comme il le remarque, le volume étant imprimé sans indication de pages, et chaque ouvrage ayant un titre séparé, il peut bien arriver qu'un de ces ouvrages manque dans certains exemplaires. Trew et Hensler possédaient aussi cette collection. cf. Girtaner, *l. c.*, p. 73.

5—*Morbi Gallici curandi ratio exquisitissima, a variis, iisdemque peritissimis medicis conscripta : nempe Petro Andrea Matthaeolo Senensi. Joanne Almenar Hispano. Nicolao Massa Veneto. Nicolao Poll Caesareae Majestatis Physico. Benedicto de Victoriis Faventino. His accessit Angeli Bolognini de ulcerum exteriorum medela opusculum perquam utile. Ejusdem de unguentis ad cujusvis generis maligna ulcera conficiendis lucubratio. Cum indice rerum omnium quae in curationem cadere possunt copiosissimo. Basileae apud Joann. Beb[elium]. MDXXXVI. 209 et 12 p. 4°.

Cette édition, comme le prouve la dédicace à Adam Bresinius, a été dirigée par Tectander. L'écrit de *Benedictus de Victoriis* est la reproduction de son cours, que Tectander avait pris sous sa dictée, et qu'il fit imprimer sans le lui avoir soumis ; aussi Benedictus l'a-t-il désavoué, et il a publié lui-même un ouvrage intitulé : *de Morbo gallico liber*, Florentiæ, 1551, 8°; cf. Girtaner, *l. c.*, p. 74 ; — Astruc, *l. c.*, p. 660 ; —Gruner, *l. c.*, p. v.— Une réimpression en caractères cursifs a paru à Lyon en 1536, 8° 279 et 15 pp. ; * le titre est identique avec celui de l'édit. de Venise; la biblioth. de l'école de méd. possède ces deux éditions. — Cf. aussi Astruc, *l. c.*, p. 660; — Choulant, *in ed. Fracastorii;* Lips., 1830, p. 8.

6—* De morbo Gallico omnia quae extant apud omnes medicos cujuscunque nationis, qui vel integris libris, vel quoquo alio modo hujus affectus curationem methodice aut empirice tradiderunt, diligenter hinc inde conquisita, sparsim inventa, erroribus expurgata et in unum tandem hoc corpus redacta [ab Aloysio Luisino Utinensi]. In quo de ligno Indico, Salsa Perillia, Radice Chynae, Argento vivo, ceterisque rebus omnibus ad hujus luis profligationem inventis, diffusissima tractatio habetur. Cum indice locupletissimo rerum omnium scitu dignarum, quae in hoc volumine continentur. Opus hac nostra aetate, quo Morbi Gallici vis passim vagatur, apprime necessarium. Catalogum scriptorum sexta pagina comperies.—[Sebast. Aquilanus, Nicol. Leonicenus, Nic. Massa, Natal. Montesaurus, Anton. Scanorolus, Jac. Cataneus, Joan. Benedictus, Hier. Fracastorius, Georg. Vella, Joan. Paschalis, Nic. Poll, Petr. Andr. Mathaeolus, Ulr. ab Hutten, Wendelinus Hock de Brackenau, Coradinus Gilinus, Laurent. Phrisius, Gonsalvus Fernandez de Oviedo, Joan. Almenar, Aloysius Lobera, Leonh. Schmaus, Petr. Maynardus, Anton. Benivenius, Alphons. Ferrus, Joan. de Vigo, Anton. Gallus, Casp. Torella, Joan. Bapt. Montanus, Andr. Vesalius, Leonhard. Fuchsius, Joan. Manardus, Joan. Fernelius, Benedictus Victorius, Amatus Lusitanus, Anton. Musa Brassavolus, Alex. Fontana, Nic. Macchellus, Hier. Cardanus, Gabr. Fallopius, Ant. Fracantianus, Joan. Langius, Petr. Bayr]. Tomus prior. Venetiis apud Jordanum Zilettum. 1566 ; 8—736 et 28 p. fol°.

De morbo gallico Tomus posterior, in quo medicorum omnium celebrium universa monumenta, ad hujus morbi cognitionem et curationem attinentia, quae hucusque haberi potuerunt nunquam alias impressa, nunc primum conjecta sunt. Cum indice locupletissimo rerum omnium scitu dignarum, quae in hoc volumine continentur. Catalogum scriptorum quarta pagina comperies.—[Bartholomaeus Montagnana, Martin. Brocardus, Benedict. Rinius, Francisc. Frizimelica, Petr. Trapolinus, Bernard

Tomitanus, J. Sylvius, Mich. J. Paschalius, Prosp. Borgarutius, Bartholom. Maggius, Alex. Trajan. Petronius]. Venetiis, MDLXVII. ex officina Jordani Ziletti. 24—196 et 215 p. pour Petronius qui a une pagination à part.

Appendix tomi prioris de morbo gallico, in quo, qui eidem jam antea destinati fuerant, reliqui congesti sunt auctores. Cum indice rerum memorabilium in eo contentarum abunde amplo et copioso. Catalogum scriptorum quarta pagina comperies.—[Anton. Chalmeteus, Leon. Botallus, Dominic. Leon. Augerius, Lan. de Zucano, Ferrerius, Petr. Haschardus, Guilielmus Rondeletius, Dionys. Fontanonus, Jos. Struthius]. Venet, MDLXVII. Officina Jord. Ziletti. 4—96 et 6 p. fol.

C'est avec raison qu'Astruc blâme la disposition irrégulière des écrits qui composent cette collection, l'omission des préfaces, des dédicaces et même de passages entiers de certains auteurs. Cette édition a reçu plus tard un nouveau titre, car, ainsi qu'Astruc l'a établi, non-seulement elle présente le même nombre de pages, de lignes et de mots que la précédente; mais encore à la fin de la 1re partie on trouve le nom de l'éditeur Ziletti avec l'année 1556; * le titre seul et la préface ont été changés; le nouveau titre est le suivant décrit sur un exemplaire de la bibl. Mazarine n° 4371 :

7 — * Aphrodisiacus, sive de lue venerea, in duo volumina bipartitus, continens omnia quaecumque hactenus de hac re sunt ab omnibus Medicis conscripta. Ubi de ligno Indico, Salsa parillia, Radice Chinae, argentovivo ceterisque omnibus ad hujus luis profligationem inventis, diffusissima tractatio habetur, opus hac nostra ætate qua morbi gallici vis passim vagatur apprime necessarium ab excellente Aloysio Luysino Utinensi Medico celeberrimo novissime collectum. Cum indice locupletissimo. Venet. apud Baretium et socios. 1599. fol°.

* Les exemplaires complets et bien conservés de l'édition originale de Luysinus sont assez rares; le prix en est élevé; c'est sans doute ce qui fait rechercher par beaucoup de médecins la réimpression suivante, bien qu'elle soit plus fautive et qu'elle ait une valeur bibliographique beaucoup moindre. Ce qui rend cette nouvelle édition commode, c'est que le supplément de Gruner est du même format.

8 —* Aphrodisiacus sive de lue venerea, in duos tomos bipartitus, continens omnia quaecunque hactenus de hac re sunt ab omnibus Medicis conscripta. Ubi de Ligno Indico, Salsa Perilla, Radice Chynae, Argento vivo, ceterisque rebus omnibus ad hujus luis profligationem inventis, diffusissima tractatio habetur. Opus hac nostra aetate, qua Morbi Gallici vis passim vagatur apprime necessarium : ab excellentissimo Aloysio Luisino Utinensi, Medico celeberrimo novissime collectum, indice rerum omnium scitu dignarum adornatum. Editio longe emendatior, et ab innumeris mendis repurgata. Tomus primus et secundus. Lugd. Batav. apud Joann. Arnold. Langerak et Joh. et Herm. Verbeek. MDCCXXVIII. 1366 pages à 2 colonnes. 11 f. de préf. 10 1/2 d'index. fol°.

Comme le remarque très-bien Astruc (t. II, p. 1071), cette édition est seulement une réimpression de l'édition de Venise, avec ce seul changement, que *l'Appendice* de la première partie au lieu d'être à la fin du volume est placé entre la 1re et la 2e partie; — cf. Choulant, *l. c.*, p. 9. La préface très-savante de Boerhave renferme des remarques sur la nature de la maladie vénérienne; elle a été imprimée plusieurs fois à part, et traduite en français par de Lamettrie sous le titre de : *Système de Boerhave sur les maladies vénériennes*. Paris, 1755, in-12.

9 — Turner, Daniel, Aphrodisiacus, containing a Summary of the Ancient Writers on the Venereal Disease, under the following head : I. of its Original; II. of the Symptoms; III. of the various Methods of cure. London, printed for John Clarke, MDCCXXXVI. 8°.

* Extrait de la collection de Luisinus; Astruc (t. II, p. 1110) approuve l'idée de Turner, mais il blâme le plan de la collection et la manière dont elle est exécutée.

10 — Armstrong, John, A Synopsis of the history and Cure of the venereal disease. London, 1737. 8°.

* Autre extrait de la même collection; — Astruc (*l. c.*, p. 1112) adresse à peu près les mêmes reproches à cette collection qu'à celle de Turner.

11 —* Aprodisiacus sive de lue venerea in duas partes divisus, quarum altera continet ejus vestigia in veterum auctorum monumentis obvia, altera quos Aloysius Luisinus temere omisit scriptores et medicos et historicos ordine chronologico digestos collegit, notulis instruxit, glossarium indicemque rerum memorabilium subjecit D. Christianus Gothofredus Gruner, etc. Jenae, apud Christ. Henr. Cunonis heredes. MDCCLXXXVIIII. 6 — VIII — 166 et 16. p. fol°.

* Dans quelques exemplaires on lit sur un second titre : *Tomus tertius* (de la collection de Luisinus). Gruner rapporte aux Maranes l'origine de la maladie vénérienne, opinion qu'il développe dans l'ouvrage mentionné sous le nº 12. — La première section contient les passages de la Bible, des auteurs grecs, romains, arabes et arabistes, qu'on peut rapporter à la syphilis. La seconde renferme les ouvrages ou les passages des auteurs suivants, omis ou faussement cités dans la collection de Luisinus : — Joan. Nauclerus, Steph. Infessura, Petr. Delphinius, Joan. Burchardus, Philipp. Beroaldus, Alex. Benedictus, Conrad. Schellig, Jac. Wimphelingius, Chronicon Monasterii Mellicensis, Joan. Salicetus, Marcellus Cumanus, Chronica von Coeln, Joan. Trithemius, Universitas Manuasca, Sebast. Brant, Joh. Grünbeck, Decretum Senatus Parisiensis, Proclamatio Anglica, Joan. Sciphover de Meppis, Bartholom. Steber, Simon Pistor, Anton. Benivenius, Petr. Pinctor, Joan. Bapt. Fulgosus, Christoph. Columbus, Petr. Martyr, Franciscus Romanus Pane, Elias Capreolus, M. Anton. Coccius Sabellicus, Albericus Vesputius, Wendelinus Hock de Brackenau, Petr. Crinitus Linturius, Clementius Clementinus, Joan. Vochs, Angel. Bologninus, Francisc. Guiccardinus, Berlerus, Leo Africanus, Petr. Bembus, Paul. Jovius, Joan. de Vigo, Symphor. Champegius, Francisc. Lopez de Gomara, Ulric ab Hutten, Desider. Erasmus, Missa de ben. Job, Joannes le Maire, Gonsalvus Ferdinandus de Oviedo, Joan. de Bourdigne, Joan. Ludov. Vives, Aureolus Theophr. Paracelsus, Magnus Hundt, Leonh. Fuchs, Sebast. Frank, Sebast. Montuus, Joan. Bapt. Theodosius, Hieron. Benzonus, Petr. de Cieça de Leon, Joan. Fernelius, Michael Angel. Blondus, Augustin. de Zaratte, Joan. Stumpf, Rodericus Diacius Insulanus, Hieron. Montuus.

12 — De morbo gallico scriptores medici et historici partim inediti, partim rari et notationibus aucti. Accedunt morbi gallici origines maranicae. Collegit, edidit, glossario et indice auxit D. Christ. Gothofr. Gruner. Jenae, sumptibus bibliopolii academici 1793. XVIII. XXXVI 624 p, 8º.

Contient un second supplément à Luisinus : Lois anciennes de Nuremberg, Matthaeus Landauer, Julianus Tannus (*de saphati*), Antonius Codrus, Anonymi pronosticatio, Jacob Unrestus, Bilibaldus Birckheimer, Augustinus Niphus, Hieron. Emser, Philipp. Beroaldus, Leonard. Giachinus, Janus Cornarius, Thomas Rangonus, Joan. Anton. Roverellus (*de paturso*), Remaclus Fuchs, Aloysius Mundella, Anton. Fumanellus, Hier. Cardanus, Hier. Bonacossus, Bernard. Corius, Joan. Langius, Joach. Curaeus, Joan. Hessus, Thom. Erastus, Achill. Pirmin. Gasserus, Joan. Crato, Thom. Jordanus (*Luis novae Moravia exortae descriptio*). Voyez *N. allg. deutsch. Bibl.* t. IX, p. 183.

13 — Gruner, D. Christ. Goth., Spicilegium scriptorum de morbo gallico. Spec. I—XV. Jenae, 1799—1802. 4º.

Ce troisième supplément à la collection de Luisinus, qui a paru sous forme de *Programmes*, n'existe pas dans le commerce. — En voici le contenu : Sp. I—VI. recherches sur l'histoire et la nature de la maladie; Sp. VII—XI. passages des poëmes et des lettres de Conrad Celtes, d'une lettre d'Albert Durr, de Symphor. Champier (*Vocabul. med. epitome*); Sp. XII. des poëmes de Henric. Bebelius, Hel. Eoban. Hessus et un passage d'un livre de Petr. Parvus; Sp. XIII—XIV. passages d'Erasme, de Jac. de Bethencourt, de J. L. Vives, d'Enric. Cordus, de Georg. Bersmannus, d'Engelbert Werlichius, etc., et la traduction latine d'un fragment d'un livre écrit en langue copte que la société des missions avait envoyé au cardinal Borgia ; Domeier le communiqua à Baldinger qui le donna à Gruner pour servir à ses études; Sp. XV. objections aux vues de Hensler sur l'herpes des anciens.

Cette collection est peu connue. Choulant n'en parle pas dans son édition de Fracastor. Hacker (p. 20) en fait mention, mais ne paraît pas l'avoir vue par lui-même. Je n'ai pu me la procurer à Paris.

14 — * Fuchs, C. H., *Die ælteslen Schriftsteller über die Lustseuche in Deutschland von 1495 bis 1510, nebst mehreren Anecdoten spaeter Zeit, gesammelt und mit literarhistorischen Notizen und einer kurzen Darstellung der epidemischen Syphilis in Deutschland.* Gœttinq., 1843, XIV, 454 p. 8º.

* Cet ouvrage, comme son titre l'indique, est exclusivement consacré aux auteurs qui ont parlé de l'apparition de l'épidémie en Allemagne ; il se divise en quatre parties ; — I. Opuscules intégraux dont six n'ont pas été publiés depuis le 15ᵉ ou le 16ᵉ siècle : Grunpeck. *Tractat von dem Ursprung der bœsen Franzos*; — Pollich, *Defensio Leoniceniana*; — Ejusd., *Castigationes*; Ejusd., *Responsio in superadditos errores*; — Raut, *Prognosticum et digressio de malo Franciæ*; — Haselbergk, *von den welschen Purpeln*. — II. *Analecta* d'auteurs contemporains au nombre de six ; — III. *Anecdota* de douze écrivains d'un époque plus récente; un assez grand nombre de ces auteurs sont encore inédits dans les bibliothèques d'Allemagne ; — IV. Notices biographiques et littéraires ; courte description de l'épidémie en Allemagne d'après les sources. La collection de M. Fuchs, faite avec beaucoup de soins a une très-grande utilité pour l'histoire de la syphilis.

§ 4.

HISTORIENS.

1 — Patin, Carol., Eques D. Marci, Paris. primar. Prof., *Luem veneream non esse morbum novum*; *Oratio habita in Archilycaeo Patavino die V Nov.* 1687. Patavii, 1687. 4º.

Astruc, t. II, p. 991, ne connaissait ce discours que par une citation de Zach. Platner; ce dernier ne l'ayant jamais vu soutenait qu'il n'avait pas été

publié. Nic. Comnène Papadopoli n'en fait point mention dans son *Historia gymnasii Patavini*, t. I, sect. 2, c. 25, n° 159, bien que cet auteur entre dans les plus minutieux détails sur Patin et cite chacun de ses ouvrages en particulier. Girtanner, t. II, p. 279, qui donne en entier le titre précis, doit avoir vu l'ouvrage, quoiqu'en parlant du contenu, il dise seulement : « Patin répète les arguments depuis longtemps connus en faveur de l'antiquité de la syphilis. » Du reste, C. Patin paraît les avoir puisés, en grande partie, dans les *Lettres choisies* (t. III, lettre 370, p. 95) de son père Guy-Patin, qui y défend également l'antiquité de la syphilis.

2 — * *Quaestio medica quodlibetaliis disputationibus mane discutienda die Jovis* 9 *Decbris* 1717. M. Johanne-Baptista-Fausto Alliot Mussay, Doctore medico praeside. *An morbus antiquus Syphilis? Proponebat* Johannes Franciscus Leaulté. Parisinus, Anno R. S. H. 1717, Typis Johann. Quillau, facultatis medicinae Typographi. 1 feuille. f°.

* Cette dissertation consiste en 5 corollaires; dans le 5e, l'auteur s'efforce de prouver l'antiquité de la syphilis par les citations suivantes : Horace, lib. I. *Od.*, od. 37; *Satir.* lib. I, sat. 5, v. 62 (*morbus campanus*). Juvenal, sat. 2, v. 13. (*tumidæ mariscae*). Martial, *Epigr.* lib. I, 66 (*fici*).—Tacite, *Annal.* lib. IV.—Suetone, *Vita Octav. August.* c. 80.—Lucien *Pseudologista.*—Valer. Maxime. *Memorab.* lib. III, c. 5. — Lucius Apulejus, *Metamorph.* lib. X.—La réfutation faite par Astruc se retrouve dans Girtanner (vol. III. p. 357—363), qui, suivant son habitude, la donna pour son œuvre.

3 —*Becket, William. *An attempt to prove the Antiquity of the venereal disease, long before the discovery of the West Indies; a lettre to Dr. James Douglass.* Dans les : *Philosophical Transactions.* Vol. XXX. 1718. N. 357. p. 839. — *A letter to Dr. W. Wagstaffe concerning the antiquity of the venereal disease. Ibid.* Vol. XXXI. 1720. N. 365. p. 47. — *A letter to Dr. Halley in answer to some objections made to the history of the venereal disease. Ibid.*, N. 366, p. 108.

Ces dissertations se trouvent en allemand dans : *Auserlesene Abhandlungen praktischen und chirurgischen Inhalts, aus den Londoner philosoph. Transact.* von 1695—1757, rassemblées par Leske, Lübeck 1775, gr. 8°, vol. 2e, p. 290 sqq. — *Foot, J.*, publia aussi ces dissertations avec la critique qu'en a faite Astruc, dans *Abhandlung über die Lustseuche und Urinverhaltungen*, traduit de l'anglais par *G. Chr. Reich.* Leipz. 1793, gr. 8. Bd. 1, p. 11—81. — En Angleterre Nic. Robinson (*A new treatise of the venereal disease, in three parts. London*, 1736. 8°, part. I, chap. 1-4) tâcha de réfuter les arguments proposés par Becket en faveur de l'antiquité de la syphilis. D'après Astruc, les passages les plus importants cités par Beckett, ont été indiqués avant lui par Hans Sloane : *Voyage to the Islands of Madera, Barbados, Nieves, St. Christophers and Jamaica, with the natural history. London*, 1707, fol°. t. I. Introduction, p. 2—3.

4 — *Sanchès, Antonio-Nunhez-Ribeyro. *Dissertation sur l'origine de la Maladie Vénérienne, pour prouver que le mal n'est pas venu d'Amérique, mais qu'il a commencé en Europe, par une épidémie.* Paris, chez Durand et Pissot, MDCCLII. 110 p. 8°; avec un nouveau titre (et non imprimé de nouveau) Paris 1765, chez Didot jeune, 8°; réimprimé avec la dissertation suivante, par Gaubius, à Leyde, 1777, XII, 60 p. in-12.

* L'histoire bibliographique de cet ouvrage offre quelques difficultés que je vais tâcher d'éclaircir. La première édition publiée sans nom d'auteur, a été terminée en 1750, bien qu'elle porte sur le titre la date de 1752, car non-seulement le privilége est daté de 1750 (août et octobre), mais aussi Sanchès lui-même dit dans la préface de l'*Examen historique* que cette première édit. a été imprimée chez Durand à Paris en 1750. Voici ses paroles : « M. Castro, médecin de Londres ayant traduit en anglais une dissertation avec ce titre : *Sur l'origine de la maladie vénérienne, imprimée à Paris chez Durand*, 1750, envoya un exemplaire de la traduction à M. le baron de Van-Swieten. » — Cette traduction anglaise a pour titre : *A dissertation on the origin of Venereal disease; proving that it was not brought from America, but began in Europe by an epidemical distemper. Translated from the original manuscript of an eminent physician. London*, 1751, 8°. Watt la mentionne sans nom de traducteur sous la date 1754, in-12. Si l'on peut s'en rapporter au titre, cette traduction paraît avoir été faite, non sur l'imprimé, mais sur une copie manuscrite communiquée par l'auteur. — Il est incontestable que l'impression a été achevée en 1750; mais la publication a-t-elle eu lieu en 1750, ou bien a-t-elle été retardée jusqu'en 1752? C'est précisément ce que je vais examiner. D'un côté, Andry, dans sa notice sur Sanchès, semble indiquer 1750 comme la date de la publication; or, Andry était parfaitement informé sur tout ce qui regarde Sanchès, qui lui a même laissé ses manuscrits; d'un autre côté les journaux du temps, celui de Roux et le *Journal des Savants* donnent 1752; tous les exemplaires que j'ai eus à ma disposition portent aussi 1752; mais je remarque que dans les exemplaires de 1752 la feuille titre, non indépendante, est attachée à celle du privilége, lequel présente, sauf la mise en pages, les mêmes particularités que celui imprimé à la fin du volume (lettres cassées, etc., etc.); tous deux sont datés 1750; d'où il résulte, ce me semble, que le titre portant 1752 n'est point surajouté au reste de l'ouvrage, mais qu'il a été composé et imprimé en même temps que lui, et j'en conclus que la *Dissertation* a été réellement imprimée et publiée en 1750, mais qu'on a faussé la date de la publication, ce qui explique la discordance apparente entre Andry

et les recueils pédiodiques. Les exemplaires avec la date de 1765 sont précédés d'un extrait du poëte *Pacificus Maximus* établissant que la syphilis était connue en Italie avant 1494. Cet extrait fait partie de l'opuscule suivant (n° 5), et a été imprimé séparément dans le journal de Vandermonde, t. XI, p. 372 à 375, 1759. — La bibliothèque royale possède un exemplaire (1765) avec 1° quelques corrections importantes de la main de Sanchès, corrections qui n'ont point passé dans l'édition de Leyde, 2° un supplément également manuscrit, qui renferme les matériaux de l'*Examen historique*. — Un autre volume contenant la *Dissertation*, l'*Examen* et les *Observations sur les maladies vénériennes* (ouvrage purement pratique), est chargé de corrections faites par Andry, d'après les indications de Sanchès, ainsi que le prouve une note placée en tête d'un autre exemplaire (éd. de Leyde). Ce dernier exemplaire renferme aussi des extraits d'une lettre adressée à Sanchès par Lorry pour lui exprimer son admiration au sujet de ses deux ouvrages historiques; trois lettres de Gaubius au même. Dans la première, le célèbre professeur supplie Sanchès de lever l'anonyme en lui laissant mettre son nom en tête de la nouvelle édition qu'il préparait de la *Dissertation* et de l'*Examen historique*; dans la seconde, il s'excuse de ne pas partager son opinion sur l'origine épidémique de la syphilis au seizième siècle; enfin dans la troisième, il lui demande le manuscrit d'un ouvrage qu'il voulait brûler et dans lequel il démontrait « *l'universalité de la maladie vénérienne et sa concommitance avec toutes sortes de maladies, et surtout les chroniques.* » Pour décider Sanchès, Gaubius assure que sa curiosité tient particulièrement au désir qu'il a « *de se convaincre de la vérité de l'opinion de l'auteur, que le mal vénérien est venu et s'est répandu par toute la terre habitée comme une épidémie.* » Il s'agit sans doute des *Observations sur les maladies vénériennes*, ouvrage posthume publié en 1785 par Andry. Enfin, sur un autre exemplaire qui se trouve également à la bibliothèque royale (éd. de Leyde), se trouvent ces quelques lignes : — « M. D'Aubenton a fait imprimer la première de ces dissertations (*Dissertation sur l'origine*, etc.) — J'ay fait imprimer la seconde (*Examen historique*) chez Pierre, qui fut négligent eti ncorrect; il manqua de me brouiller avec l'auteur par cette raison. » Il m'a été impossible de savoir quelle main avait écrit cette note, qui n'est pas sans intérêt, et qui, du reste, s'explique par l'état de dénûment dans lequel Sanchès se trouvait à son retour de Russie.

Une traduct. allemande a été publiée à Brême en 1775, 94 p. 8°. Une analyse se trouve dans : *Commentaria de rebus in scientia naturali et medicina gestis; secund. decad. supplement. Lips.* 1772. gr. 8. p. 156-159. — *Allgemeine deutsch. Bibliothek* (Bibliothèque générale allemande). Vol. 28, p. 461. — Tode, *med. chirurg. Bibliothek*. Vol. IV, livr. 1, p. 49. — Haller's *Tagebuch* (Journal de Haller). Vol. III, p. 331. — L'ouvrage lui-même est divisé en sept chapitres : I. Autorités qui prouvent que la mal. vénér. a été connue et répandue dans la plus grande partie de l'Europe, dès l'an 1493, et au plus tard dans le mois d'août 1494 (corr. man.) p. 1 à 10. II. En quel temps Christophe Colomb a découvert l'île Espagnole, et en quels autres temps il est retourné en Espagne, de son premier et de son second voyage? p. 11 à 20. III. Si la maladie vénérienne est arrivée de l'Amérique dans le retour du second voyage de Colomb? p. 21 à 39. IV. Si l'armée commandée par Fernandes Cordova a communiqué le mal vénérien aux Français? p. 40 à 47. V. Réponse à quelques objections, que l'on pourrait faire, pour prouver que la mal. vénér., tire son origine de l'Amérique, p. 47 à 79. VI. Des raisons qui ont fait croire aux auteurs, qui ont traité de la mal. vénér. depuis l'année 1516, que cette maladie tire son origine de l'Amérique, p. 79 à 87. VII. La mal. vénér, est une maladie épidémique qui commença en Italie et qui s'est répandue presqu'en même temps en France et dans le reste de l'Europe, p. 88 à 108. — Conclusion : La maladie existait en Italie et en France avant que C. Colomb revint de son second voyage; les troupes de Cordova ne purent la communiquer aux Français parce qu'il n'y avait aucun contact entre les deux armées; la maladie présenta tous les symptômes d'une épidémie; la découverte du gayac donna naissance à l'opinion de l'origine américaine. — Van-Swieten, à qui la traduction anglaise avait été envoyée par Castro, essaya de refuter ces arguments dans *Commentar. in Boerhav. Aphorism. Lugd.*, 1772. Tom V, p. 373, sq., circonstance qui décida Sanchès à publier l'écrit suivant, sans y mettre son nom. Ch. D.

5 — **Examen historique sur l'apparition de la Maladie Vénérienne en Europe et sur la nature de cette épidémie*. A Lisbonne, (Paris, Barrois v^ve^ et fils), MDCCLXXIV. VIII, 83 p. 8°.

* H. Dav. Gaubius fit réimprimer ce livre avec l'ouvrage précédent à Leyde 1777, 8°. en y ajoutant une préface. — Jos. Skinner la traduisit en anglais, London 1792. 8°. L'ouvrage se divise en huit paragraphes dont j'indique le contenu d'après l'édit. de Lisbonne (Paris) : § 1. Extraits historiques de Pierre Pinctor, [Sebast. Aquilanus, Pet. Delphini, Petr. Martyr] p. 1—24. § 2. Symptômes de la maladie appelée aujourd'hui vénérienne, observés en Italie au mois de mars l'an 1493 et 1494, p. 24—31. § 3. On ne trouve pas dans l'histoire de la médecine, la description d'une maladie épidémique semblable en toutes ses suites à celle qui a paru en Italie, en Espagne et en France pendant les années 1493 et 1494, p. 31 — 42. § 4. Que les incidents ou symptômes vénériens observés depuis le temps d'Hippocrate n'étaient pas les effets de la maladie vénér. inflammatoire ou chronique observée depuis l'an 1493 et 1494, p. 42 —45. § 5. Sur quelques passages que M. Astruc a avancés dans son livre *de Lue venerea* p. 46—54. § 6. Conséquences des passages de Pierre Pinctor et de Pierre Delphini sur la malad. pestil. vénérienne en Italie, en France et en Espagne l'an 1493, 1494, p. 54—61. § 7. Les premiers navigateurs qui découvrirent les ports et les nations qui les habitaient dans l'Amérique septentrionale et méridionale, ont-ils observé la maladie vénérienne, ou leurs équipages en ont ils été infectés? p. 62—72. § 8. Sur la communication des maladies contagieuses par mer, et sur les quarantaines que l'on fait observer pendant que la peste ravage quelques contrées des bords de la Méditerranée, p. 73—81. Conclusion : La maladie vénérienne regnait comme fièvre pestilentielle en mars 1493; après l'arrivée de Charles VIII en Italie en 1494, elle reçut le nom de *Morbus gallicus*; les affec-

tions vénériennes observées dans l'antiquité, sont différentes de la maladie vénérienne depuis 1493; les Espagnols l'introduisirent aux Antilles; les Français étaient déjà infectés quand ils vinrent en Italie, où la même maladie existait avant leur arrivée. Les premiers navigateurs ne disent pas avoir observé cette maladie chez les sauvages. L'Amérique, l'Afrique et les Indes orientales n'ont jamais communiqué à l'Europe leurs maladies épidémiques ou endémiques; c'est pour cela que la maladie vénérienne ne peut pas avoir été importée d'Amérique en Europe par les Espagnols. — Ces deux ouvrages de Sanchès sont actuellement assez rares. Voyez aussi Girtanner, vol. III, p. 459-471 et 603. — Richter, *chirurg. Bibliothek*, vol. III, p. 381.

6 — **Berdoe, Mermaduke**, *an Essay on the pudendagra*. Bath., 1771. 8°.

Girtanner, vol. III, p. 577 dit : « L'auteur a rassemblé tout ce qu'on trouve dans les anciens auteurs sur cette maladie, et il démontre en quoi elle diffère de la syphilis. »

7 — * **Le Febure de Saint-Ildefont**, *le Médecin de soi-même, ou méthode simple et aisée pour guérir les maladies vénériennes, avec la recette d'un chocolat aphrodisiaque aussi utile qu'agréable. Nouvelle édition, augmentée des analyses raisonnées et instructives de tous les ouvrages qui ont paru sur le mal vénérien depuis 1740 jusqu'à présent pour faire suite à la Bibliographie de M. Astruc et de la dissertation de M. Bœhm [sur les différentes manières de guérir le mal vénérien]*, Paris, 1775. 2 vol. XIX, 1070 p. 8°. — Le traité pratique n'occupe que 51 p.

8 — **Baronio. G.**, *Lettera al Sr. Fr. Milanese sull' Antichità del mal venereo*. in Poschiavo, 1782. 4°.

Voir Rosenbaum, *Additamenta* ad Choulant : *Biblioth. medico-historica*. J'ai trouvé dans ces deux ouvrages publiés depuis l'*Histoire de la syphilis* des additions que j'ai signées (Choulant) ou (Rosenbaum).

9 — ***Hensler, Ph. Gabr.**, *Geschichte der Lustseuche, die zu Ende des XV. Jahrhunderts ausbrach, erster Band*. Altona, 1783. 16—335, p. 8°. (Histoire de la syphilis qui s'est déclarée à la fin du 15e siècle. Premier volume). Réimprimé ou seulement avec un nouveau titre, Altona, 1794.

* Mon exemplaire porte : Hambourg 1789; c'est probablement une réimpression, car la feuille du titre n'est pas isolée; Rosenbaum parle d'un appendice de 124 p. 8°; je ne l'ai jamais vu. — L'ouvrage se divise en deux parties. — I. Examen des ouvrages de la même époque sur la syphilis, p. 1—140. Section 1. Ouvrages avant Leonicenus, p. 5-26. Sect. 2. Ouvrages depuis Leonicenus jusqu'à Almenar, p. 27—68. Sect. 3. Ouvrages d'auteurs de la même époque après la diminution de la maladie, p. 69—140. — II. Description de la maladie. Sect. 1. Symptômes locaux. § 1. Affection des parties secrètes, p. 141—150. § 2. Sentiment de brûlure et de cuisson causé par le passage des urines avant et pendant la syphilis, p. 151—168. § 3. Flux par la verge, p. 169—203. § 4. Flueurs chez la femme, p. 204—217. § 5. L'ulcère impur, p. 218—244. § 6. Tumeur inguinale, p. 245—264. § 7. Suites locales des flueurs et de l'ulcère impur, p. 265—275. (Gonflements des testicules, ulcères de l'urèthre, cuisson causée par le passage des urines, ischurie, ulcères et fistules au périnée, phimosis et paraphimosis, perte des parties génitales.) § 8. Autres affections locales des parties secrètes, p. 277—302. (Exanthèmes, excroissances, ulcères à l'anus, hémorrhoïdes.) § 9. Traces de l'ancienne impureté chez des auteurs non médecins, p. 307-328. — Appendice, p. 1-134 : Extraits de Schellig, Wimpheling, Cumanus, Brant, Grunpeck, Widmann, Steber, Pinctor, Gruenbeck, Benedictus, différents auteurs du 15e et du 16e siècle; *la Messe de St. Job*, et Christ. Colomb. *Epist. de insulis nuper in mari Indico repertis*.

10 — ***Hensler, Ph.-Gabr.**, *Ueber den westindischen Ursprung der Lustseuche*. (de l'Origine de la syphilis dans les Indes occidentales). Hamburg, 1789. 92. p. 8°.

* Publié aussi sous le titre de : *Geschichte der Lustseuche* (Hist. de la syphilis). *Zweiten Bandes zweites Stück* (vol. II, 2e partie). La première partie de ce volume, qui devait contenir la description de la maladie, n'a jamais été publiée. Cet ouvrage est dirigé particulièrement contre Girtanner. § 1. Origine de cette polémique. § 2. Époque de l'apparition de la syphilis en Italie. § 3. Des témoins oculaires de l'introduction de la syphilis de Saint-Domingue en Espagne. § 4. Des témoins oculaires du foyer (*heimath*, domicile) de la syphilis à Saint-Domingue. § 5. Des témoignages d'après lesquels la syphilis aurait été endémique sur le continent d'Amérique. § 6. Des témoins postérieurs à l'introduction en Espagne de la syphilis endémique à Saint-Domingue. § 7. Remarques finales. Les pièces à l'appui sont tirées d'Oviedo, Welsch, Lopez de Gomara, Roman Pane, Piedro de Cieça de Leon, Augustin de Zarutte Hieron. Benzoni.

11 — ***Hensler. Phil.-Gabr.**, *Programma de Herpete seu Formica veterum labis venereae non prorsus experte*. Kiliae, 1801. 58 p. 8°.

Ce programme est divisé en dix paragraphes; le premier donne la revue du contenu; le second renferme plusieurs passages des ouvrages d'Hippocrate (*Prorrhet*. II. 18. 21; *de Aëre, aquis et locis*. II; *Aphor*. V. 22.) sur l'Herpes, d'où il résulte qu'on comprenait sous cette dénomination des ulcères rongeants; que l'*Herpes Esthiomenos* sévissait principalement sur l'abdomen et les parties génitales, que l'*Epinyctis* affectait de préférence l'âge viril, circonstance qui fait naître le soupçon

d'une origine vénérienne. Le § 3 renferme les opinions sur les différentes espèces d'Herpes jusqu'à Celse. § 4 celles sur l'Epinyctis, dans laquelle l'auteur attribue une grande importance aux douleurs nocturnes. Le § 5 traite du *Therioma* de Celse (V. 28. 3) qui, d'après Pollux, *Onomast.* IV. 25, se déclare principalement aux parties génitales et se rapporte de beaucoup à l'Epinyctis. Le § 6 contient les opinions de Galien sur l'Herpes. § 7. L'auteur passe à la *Formica* des Arabes et démontre qu'ils ont désigné par ce mot plusieurs affections de la peau. Le § 8 traite des opinions des Arabistes jusqu'au XVe siècle. § 9. Développement de ces opinions pendant le même siècle. § 10. — Résumé : La Formica était l'Herpes des Grecs ; on décrivit sous ces deux noms, mais non d'une manière exclusive les maladies syphilitiques ; l'immoralité produisit de tout temps la syphilis, qui se montrait d'abord plutôt sporadiquement, mais, qui se développa avec le caractère épidémique vers la fin du XVe siècle à cause de son extension générale. D'un côté l'abandon où l'on avait laissé l'étude de l'étiologie, de l'autre la domination des hypothèses de Galien sur les vices des humeurs, empêchaient de porter le véritable diagnostic de cette maladie. La syphilis n'est point une maladie simple, mais une diathèse qui peut se manifester sous différentes formes selon le temps et l'espace. « *Hujus modi vero lues mihi illa* omnis *esse videtur, quæ* ipso coitu, *quo quidem loco luis præcipuus focus est, facilime cum aliis* communicari *et ad ipsam* prolem propagari *possit.* Summa *ejus* genera *esse quidem arbitror* Lepram, *malum, quod* Pians *vocant, ipsamque* Syphilidem » (p. 54). D'après l'auteur les Pians sont les *Variolæ magnæ*, propagées par les Marannes ; la syphilis est la *Morbus Europæ inquilinus* ; il existe une affinité entre ces trois maladies et elles se transforment l'une dans l'autre.

12 — *L'America vindicada de la calomnia de haber sido madre del mal venereo.* Madrid. 1785, 4°.

Sprengel, dans ses annotations à l'ouvrage de P. Ant. Perenotti di Cigliano *de la Syphilis*, p. 348, appelle cet ouvrage, qu'on dit être à la bibliothèque de l'université de Gœttingue, un traité bien écrit, dans lequel l'auteur prouve, à partir de la p. 34, que la syphilis n'est pas venue d'Haïti. Voy. *Gœtting. gelehrte Anzeigen*, 1788. St. 169, p. 1614.

13 — Penerotti di Cigliano, P. Ant., *Storia generale dell'origine dell'essenza e specifica qualità della infezione venerea.* Turin, 1788. 8°.

Cet ouvrage fut, avec un autre du même auteur sur le traitement de la syphilis, traduit en allemand et augmenté de notes par Sprengel, sous le titre : P. A. Perenotti di Cigliano, *von der Lustseuche* (de la syphilis), *a. d. Ital., mit Zusætzen.* Leipzig, 1791. XVI. 384 p. gr. 8°. L'auteur défend l'antiquité de la maladie.

14 — Turnbull, *An inquiry into the origin and antiquity of the lues venerea with observations on its introduction and progress in the Islands of the South Sea.* London, 1786. 8°.

Traduit en allemand par le Dr. Ch Fr. Michaelis ; Zittau et Leipzig, 1789. 110 p. gr. 8°. L'auteur défend l'origine américaine et s'efforce principalement de réfuter Becket et Reynold Forster.

15 — Arnemann, Just., *De morbo venereo analecta quædam ex manuscriptis musei Britannici Londinensis.* Goetting., 1789. 4°.

* Cet ouvrage, d'après Girtanner, t. III. p. 732, qui le place sous la date 1790, contient de nouvelles preuves en faveur de l'origine américaine.

16 — Sarmiento, M., *Antiquitad de los bubas* (bubons). Madrid, 1788. 32 p. 8°.

Voir : *The english Review* (?) 1788, p. 221 ; — *Allg. Litteraturzeitung*, 1789. Vol. II, p. 647.

17 — Howard. Jo., *Bemerkungen über die Geschichte und Cur der Lustseuche.* (Remarque sur l'hist. et le traitement de la S. ; traduit de l'anglais par Chr. Fried. Michaelis). Leips., 1790-98. 8°. (Choulant.)

* Girtanner, qui donne le titre original (*Practical observations on the natural history and cure of the venereal disease* ; London 1787 ; 3 vol., dont 2 seulement ont paru), fait très-peu de cas de cet ouvrage ; l'auteur y défend l'origine espagnole, et croit à une syphilis larvée.

18 — Schmidt, M. S. G., *praeside et auctore* C. Sprengel *de Ulceribus virgae, tentamen historico-chirurgicum.* Halae, 1790. 8°.

19 — Gruner, Christ. Gotthfr., *Morbi Gallici origines Maranicæ ; Progr.* ; Jen., 1793.

Réimprimé dans la collection des *Scriptores de morbo Gallico* (voir plus haut n° 12 *Ecrivains originaux*).

20 — *Sind die Maranen die wahren Stammvaeter des Lustseuche von 1493 ?* Im *Journal der Erfind. Theorien u. Widersprüche in der Natur- und Arzneiwissenschaft.* Stück III, Gotha 1793, p. 134 ; Stück VI, Gotha 1794. p. 119-129. (Les Maranes sont-ils les véritables auteurs de la syphilis ? dans *Journal des découvertes, des théories et des contradictions dans les sciences naturelles et la médecine*).

Ces deux articles passent pour avoir été écrits par le prof. Fr. A. Hecker d'Erfurt et sont principalement dirigés contre l'ouvrage précédent de Gruner, de même que contre l'origine de la maladie

attribuée aux Maranes. Gruner à son tour se défendit par les articles suivants :

21 —* *Die Maranen sind die wahren Stammvaeter der Lustseuchen von 1493.* Im *Almanach*, Jahrgang 1792 p. 51-92. (Les Maranes sont les véritables auteurs de la syphilis). — *Geschichte der Maranen und der Eroberung von Granada.* (Histoire des Maranes et de la conquête de Grenade). Ibid. p. 188-196. — *Die Maranen dürften doch wohl die Stammvaeter des Lustseuche von* 1493 *seyn.* (On pourrait à raison regarder les Maranes comme les auteurs de la Syphilis). Ibid. 1793. p. 69-89. 1794. p. 229-268.

* Voyez aussi *Almanach*, 1783 : *Geschichte der Lustseuche*, p. 285—313 ; *id.* 1784, p. 224—237 ; — *Moses et Job* ; 1788, p. 237—246 ; — *Etwas aus der alten Welt, auch ein Beitrag zur Lustseuche, wie man will* ; 1790, p. 139—157 ; — *Die Acten sind noch nicht geschlossen*, 1797, p. 227—272. (La paix n'est pas encore signée, c'est-à-dire il y a encore matière à discussion sur l'histoire de la syphilis.)

22 — [Linguet, Sim. N. H.,] *Histoire politique et philosophique du mal de Naples.* Paris, 1786. 8°.

* Cet ouvrage est sans doute le même que le suivant ; je n'ai retrouvé nulle part le titre tel que le donne Rosenbaum.

* *La Cacomonade, histoire politique et morale, traduite de l'allemand du* Dr. Pangloss, *par le Dr. lui-même depuis son retour de Constantinople.* Cologne, 1766. XXIII, 164, p. 12 (par Linguet), nouv. édit. augm. d'une lettre du même auteur ; Berne et Paris, Cellot 1767, in-12 ; Paris 1797. In-12.

* Écrit satirique sur l'origine et la nature de la *grosse vérole* ; inspiré par le 4e chapitre du *Candide* de Voltaire, cet ouvrage qui renferme quelques renseignements curieux, mêlés à beaucoup de digressions plus ou moins indécentes, est divisé en 15 chapitres ; on le trouve difficilement dans le commerce.

23 — * Sprengel, *Ueber den muthmasslichen Ursprung der Lustseuche aus dem suedwestlichen Africa* ; dans *Beitraegen zur Geschichte der Medizin.* (de la Probabilité de l'origine de la syphilis dans le sud-ouest de l'Afrique ; dans *Documents pour l'histoire de la médecine*). Halle, 1796 ; vol. 1. cahier. 3. p. 61-104.

L'auteur considère, d'après une indication antérieure de Hensler, les Yaws et les Pians comme les formes primitives de la syphilis.

24 — * Bouillon Lagrange, J. F., *Observations sur l'origine de la maladie vénérienne dans les îles de la mer du Sud* ; dans *Recueil périodique de la société de santé* ; t. 1. 1797. p. 38-47.

* Le Dr. Forster avait prétendu que la syphilis était née dans les îles sous l'influence du climat chaud, et par la communication de personnes affectées de lèpre ou de maladies cutanées, mais B. L., qui penche pour l'origine américaine, se montre peu convaincu des arguments de Forster.

25 — Schaufus, *Neueste Entdeckungen über das Vaterland und die Verbreitung der Pocken und der Lustseuche.* (Dernières découvertes sur la patrie et la propagation de la variole et de la syphilis). Leipzig, 1805. 160 p, 8°.

Voir : Ehrhardt, *Medic. chirurg. Zeitung* (*Journal de méd. et de chir.*), Innspruck 1806, Vol. 1. p. 375 ; et Pierer, *Allg. mediz. Annalen*, 1806, p. 364.
L'auteur place l'origine de la syphilis dans les Indes orientales et la considère comme importée en Europe par les Bohémiens. A partir de la p. 65 jusqu'à la fin, il traite avec plus de détails de la syph. dans les îles de l'océan Pacifique ; il en fait en même temps connaître d'une manière complète la bibliographie.

25 *bis* — Southey, H. H., *Dissert. inaug. de Origine syphilidis.* Edimburg, 1806, 8° (Choulant.)

26 — Klein, Jo. Godofr., *de Morbi venerei in India orientali curatione*, Hafniae, 1795, 8°.

L'auteur soutient que la maladie est connue de toute antiquité dans les Indes orientales, que les médecins Sangariasar et Alessianambi, avant l'an 900 avaient fait une guérison par le mercure. Voyez Tode, *Med. Journ.* 1797, vol. 2. L'auteur exerçait lui-même la médecine à Tranquebar, sur les côtes de Coromandel (Choulant).

27 — Toernberg, Carol. Sim., *Spec. inaug. med. sistens sententiarum, de Vera morb. gallici origine synopsin historicam.* Jenae, XXIX août 1807. 26 p. 8°.

Partisan de l'origine américaine. Point d'aperçus nouveaux.

28 — Sickler, Wilh. Ern. Christ. Aug., *Diss. exhibens Novum ad historiam luis venereae additamentum.* Jenae, 1797, (VIII avril) 32 p. 8°.

L'auteur étudie plusieurs passages de l'Ancien Testament, qui n'ont pas été examinés avant lui et qui se rapportent à la plaie qui frappa les Juifs,

à cause de l'adoration de Baal Peor. Il paraît que les auteurs de l'époque postérieure n'ont pas étudié cet écrit : du moins il n'est cité ni par Haller, ni par Choulant. C'est le frère de l'auteur qui a parlé le premier de ces passages dans Augusti, *Theologische Blætter* (Journal de théologie). Gotha, nº 13.

29 — Rousseau, *New observations on Syphilis, tending to settle the disputes about its importation, by proving that et is a disease of the human race, that has and will always exist among the severgl nations of thè globe*. (Nouvelles observations sur la syphilis, tendantes à mettre fin aux discussions sur l'introduction de cette maladie [en Europe], en prouvant que c'est une maladie de la race humaine, qui a toujours existé et existera toujours parmi les différentes nations du globe). Dans : Coxe, *Philadelph. med. Museum*, 1808, vol. IV, nº 1, p. 1-11.

30 — * Roberston, H., *A historical inquiry into the origin of the venereal disease*. (Recherches historiques sur l'origine de la maladie syphilitique). Part. I-II dans : *The London medical repository*, 1814. vol. II, p. 112 à 119 et 185 à 192.

L'auteur défend l'antiquité de la syphilis ; mais il se refuse à admettre que la maladie qui faisait des ravages parmi les Français pendant le siége de Naples ait été la véritable syphilis; il la regarde plutôt comme une fièvre pestilentielle avec un exanthème pustuleux. Un autre article du même auteur dans le même Journal 1818, vol. IX, p. 495—565 contient le résultat des observations en Espagne pendant la guerre, en tant qu'elles confirment son ancienne opinion.

31 — * Jourdan, *Considérations historiques et critiques sur la syphilis* ; dans *Journal universel des sciences médicales*, 1816, t. I, p. 336 à 351 ; t. II, p. 78 à 106 ; t. III, p. 29 à 65 — 193 à 224 — 302 à 335 [*Voir* nº 75.]

32 — Hamilton, Rob. *On the early history and symptoms of Lues* (De la première histoire, etc.) ; dans : *the Edinburgh medical and surgical Journal*, 1818, vol. XIV, p. 485-498.

L'auteur s'efforce de prouver que la maladie de la fin du XVe siècle n'a point été la syphilis mais le *sibbens*. Voir : Ehrhart, *med. chir. Zeitung*, 1819. Vol. 1, p. 198.

33 — * Beetson ; *On the Antiquity of syphilis*, dans *London med. a. phys. Journ.*, vol. LX, p. 193 à 197, septembre 1818.

34 — Verner, Gust.-Adolph., *de Origine ac progressu luis venereæ animadversiones quædam*. Diss. inaug. med., Lips., 1819. 29 p. 4º.

L'auteur défend l'antiquité de la maladie, en citant les passages connus. Il avance que les anciens confondirent la syphilis avec la lèpre. La grande immoralité qui régnait vers la fin du XVe siècle et l'arrivée des Maranes en Italie ont été suivant lui les causes occasionnelles qui répandirent la maladie. —D'après Choulant, dans Pierer *Allg. medix. Annalen. Jahrg.* 1825, p. 237, le professeur Henri Robbi est l'auteur de cette dissertation.

35 — Wendt J.-L.-W., *Bydrag til historien af den veneriske sygdoms begyndelse og fremgang i Danemark*. (Documents pour l'histoire du commencement et des progrès de la maladie syphilitique en Danemark). Kjœbenhaon, 1820. 8º. Traduit en allemand dans : Hufeland's *Journal*, 1822, vol., 55 p. 1-51.

L'auteur prouve que la maladie est connue en Danemark depuis 1495, que le traitement en fut abandonné particulièrement aux chirurgiens et aux gens qui n'étaient pas médecins ; il fait connaître aussi les règlements de la police sanitaire du pays par rapport à cette maladie.

36 — Barbantini, Nicol., *Notizie istoriche concernanti il contagio venereo, le quali precedono la sua opera sopra questo contagio*. Lucca, 1820. 8º.

Il m'a a été impossible de me procurer en Allemagne [et en France] un exemplaire de cet ouvrage dont l'édition paraît être épuisée.

37 — Thiene, Domenico, *Lettere sulla storia de' mal venerei*. Venezia, 1823. 303 p. gr. in-8º. * *Seconda edizione con giunte e tavole*, Venezia, 1836. 351 p. 8º.

La première édition contient 9 lettres : I. Sulla opinione commune della origine americana della lue venerea, al Sign. C. Sprengel, p. 7—27, contient une réfutation de l'origine américaine et des arguments de Girtanner en faveur de cette opinion. Dans les notes à la p. 238 il cite un poëme italien, jusqu'alors inconnu, de George Summaripa, patricien de Vérone de 1496; dans ce poëme la maladie est considérée comme étant venue de France, ce qui est confirmé par une lettre de Nicolaus Scillatius imprimée à la p. 236, lettre déjà publiée dans Brera, *Giornale di Medicina*, 1817, agosto, Vol. XII, p. 123. — Huber, p. 37, et Sprengel *Histoire de la médecine*, 3e éd. vol. II, p. 701 en parlent. — II. Della gonorrea degli Antichi, al signor Ch. Gruner, p. 31—48. — L'auteur dédia cette lettre en 1823 à M. Gruner mort en 1815. L'exemplaire contenant la dédicace et une lettre autographe se trouvent à la bibliothèque de l'université de Jéna. — Il y est prouvé que la gonorrhée des anciens n'a point été un écoulement de sperme,

mais une véritable blennorrhée. — III. Della gonorrea dei Bassi Tempi, al signor F. Swediaur, p. 51—73. Preuve de l'existence de la blennorrhée au moyen âge. — IV. Delle ulcere, dei bubboni e di altri vizi delle parti segrete appresso l'antichità, al Sign. Nic. Barbantini, p. 77-92. — V. Della vera lue venerea ossia morbo Gallico, al Sign. Anton. Scarpa, p. 95—119. Description de la syphilis à la fin du XVe siècle et de ses modifications considérées particulièrement sous le rapport de la sympathie des organes génitaux et de ceux du cou. — VI. Di alcune forme morbose moderne riferibili alla lue venerea, al Sign. Cullerier, p. 123—144. Traité de la maladie de Bruenn en 1577, du Sibbens, de la variole d'Amboine, de la maladie Canadienne, du Scherlievo et de la Falcadina. — VII. De alcune forme morbose antiche riferibili alla lue venerea, al Sign. Dr. Cambieri, p. 148—178. L'auteur traite avec détails des Yaws, des Pians, du Judham, de la Mentagre, du Malum mortuum et de la Morphea; il tâche aussi de faire ressortir l'affinité de la lèpre avec le syphilis. — VIII. Della provenienza della lue venerea, al Sign. Filip. Gabr. Hensler, p. 182—208. L'auteur regarde la maladie comme endémique en Afrique, d'où il la croit être apportée en Italie par les Maranes et en Amérique par les nègres esclaves. — IX. Sulla publica igiene de mali venerei, al. Franc. Aglietti, p. 212—225. Aperçu chronologique sur les lois qui régissent les maisons publiques. — Enfin de la p. 230 à 303 sont les notes, dans lesquelles l'auteur cite les passages sur lesquels se fondent ses opinions.

* Je trouve dans le *Giornale per servir ai progressi della patologia* (mai et juin 1845, p. 712 à 791), une étude fort intéressante par Orsolato sur la vie et les ouvrages de Thiene. Je transcris ici quelques détails sur son *Histoire de la Syphilis*, ouvrage qui doit sa naissance à la place que l'auteur occupait à l'Institut des vénériens dans l'hôpital des Incurables à Venise:

« Vi scriveva perciò la epigrafe oraziana allusiva: *Quod placeo, si placeo, tuum est*, e ciascheduna di quelle lettere intitolava ad altrettanti concittadini distinti per dottrina, quali i Trissino, i Sale, i Testa, i Bevilacqua; ma i di lui amici persuadendolo che la *regia Censura* non ne avrebbe accordata la stampa *se non come libro d'arte*, e che meglio avrebbe fatto dirigerle a quegli scrittori che avesse riputati più distinti nella illustrazione di quel soggetto, fu per loro che il Thiene mutò consiglio e diresse le nove lettere della prima edizione a Sprengel, Gruner, Swediaur, Barbantini, Scarpa, Cullerier, Cambieri, Hensler, Aglietti.

« Prima di dar ragguaglio di questa, come fu fatto delle altre opere, noterò che tredici anni dopo l'autore ne fece una seconda edizione, comparsa in veste più nobile e più ampia con giunte e tavole, arricchendola di un' altra lettera preliminare diretta a J. A. Alibert — (difende la natura specifica della sifilide, —inséré d'abord dans le *Giornale*, 1835; p. 53 à 71), — e segnando le molte ed erudite annotazioni a piedi di pagina per comodità del lettore, in luogo di porle alla fine come nella edizione precedente. Le nove lettere successive di questa edizione furono intitolate agl' illustri Panizza, Bufalini, Zecchinelli, Barbantini, Zannini, Montesanto, Cambieri, Puccinotti, Aglietti; mutando così ad alcune di esse l'indirizzo, perchè allora taluno di que' chiarissimi medici era già mancato. »

Suit une analyse critique étendue des neuf lettres. Cinq des planches de cette deuxième édition, représentant cinq variétés d'herpès syphilitiques; la sixième est empruntée à Gruenbeck. Il m'a été impossible de me procurer cet ouvrage. Ch. D.

38 — Huber, V. A., *Bemerkungen ueber die Geschichte u. Behandlung der venerischen Krankheiten.* (Observations sur l'histoire et le traitement des maladies syphilitiques). Stutg. u. Tuebengen, 1825. 124 p. 8°.

L'auteur, s'efforçant principalement de combattre l'origine américaine, a, dans ce but, compulsé les historiens espagnols. Cependant, sans vouloir atteindre un résultat positif, il se contente de faire voir les contradictions et les fautes logiques des défenseurs des différentes opinions. L'ouvrage a été favorablement jugé dans les *Annales de Heidelberg* (Jahrg. 1825, XII. p. 1194-99), dans Hecker's *liter. Annalen*, 1826, IV. p. 77—92 et dans Hufeland's *Bibl. der prakt. Heilkunde*, 1826, IV. p. 262-68.

39 — * Dubled, Alex., *Coup d'œil historique sur la maladie vénérienne.* Paris, 1829, en tête de : *Exposition de la nouvelle doctrine de la maladie vénérienne.* Paris, 1829. 91 p. 8°; le *Coup d'œil* occupe 23 p.

* Hacker (p. 164) dit que cet ouvrage contient plusieurs idées intéressantes; après l'avoir lu, je ne saurais souscrire à ce jugement. L'auteur nie la spécificité de la maladie, et ne s'occupe dans son *Coup d'œil*, très-superficiel, que des opinions émises, par les auteurs principaux, sur la nature de la syphilis; il paraît que cette brochure avait été présentée à l'Académie de médecine en 1823; Dubled avait sollicité un *Rapport*, qui ne fut pas fait. — M. Rosenbaum partage mon opinion sur cet opuscule.

40 — Horgt, F. C., *Geschichte*, *Erkentniss u. Heil. d. Lustseuche.* (Hist., connaissance et guérison de la syphilis). Weilburg, 1826. 8°. (Choulant.)

41 — Beer, S. J., *Beitraege zur Geschichte des Syphilis.* (Documents pour servir à l'histoire de la syphilis). Dans Oken's *Isis*, 1828, vol. II, p. 278-731.

L'auteur, médecin israélite, tâche de prouver que les Maranes n'étaient pas affectés de la syphilis, étant martyrs de leur foi et ne pouvant par conséquent être débauchés ni immoraux; il ajoute que les excès vénériens, surtout avec des étrangers non juifs, étaient strictement défendus (*Nehem.* X. 29, 30); enfin, que don Isac Abarbanel, né en 1437, dit expressément dans son *Commentaire des prophètes* (imprimé en 1650) *ad Zachar.* v. 12, que la maladie dite Zarfosim atteint seulement les Gojim (non Juifs) et non les Israélites. L'auteur promet dans cet article de publier un ouvrage plus détaillé sur la syphilis, mais il n'a pas encore paru.

42 — *Spitta, H., *Beitrag zur Geschichte der Verbreitung der Lustseuche in Europa* (Documents pour l'Histoire de la propagation de la syphilis en Europe). Dans Hecker's, *litterar. Annal.*, 1826, t. V, p. 371 à 374.

Contient un passage du livre suivant: *Libro que trata de las cosas que traen de las Indias Occidentales, que sirven al uso de medicina etc., etc. Hecho y copilado por el Doctor* Monardes, *medico de Sevilla.* 1565. Il y est question du gaïac et de l'origine américaine de la maladie que l'auteur décrit comme s'il l'avait vue naître. On jugera de la valeur de ses arguments par le passage suivant : « Notre Créateur a voulu que du pays d'où la syphilis (el mal de las bubas) est venue, vienne aussi le remède contre elle. »

43—De Jurgenew, Pet., *Luis venereæ apud veteres vestigia.* Diss. inaug.; Dorpati Livoniæ, 1826. 54 p. 8°.

Compilation bien élaborée, et en partie critique des passages qui se rapportent à notre sujet, jusqu'à Petrus Martyr, rangés par ordre chronologique. Le seul passage cité et étudié pour la première fois et encore incomplétement est celui des *Lusus in Priapum, s. Priapeia* (p. 11). Voir la critique de Struve, dans Rust's u. Casper's, *krit. Repertor.*, t. XX, p. 141.

44—* Simon, F. Alex., *Versuch einer Kritischen Geschichte der verschiedenartigen, besonders unreinen Behaftungen der Geschlechtstheile u. ihrer Umgegend, oder der oertlichen Lustuebel, seit der aeltesten bis auf die neueste Zeit, und ihres Verhaeltnisses zu der, Ende des XV Iahrhunderts erschienenen Lustseuche; nebst practichen Bemerkungen ueber die positive Entbehrlichkeit des Gueckssilbers bei der Mehrzahl jener Behaftungen, oder der sogenannten primiren syphilistichen Zufaelle. Ein Beitrag zur pathologie u. Therapie der primairen syphilis, für Aerzte u. Wundaerzte.* I. Thl. Hambourg, 1830. XVIII, 253 p.; II. Thl., 1831. XIV. 543 pages gr. in-8°. (Essai d'une histoire critique des différentes affections, surtout impures des organes génitaux et des parties voisines; ou des affections syphilitiques locales, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, avec des remarques pratiques sur la superfluité positive du mercure dans la plupart de ces affections, ou de ce qu'on appelle : symptômes syphilitiques primitifs. Documents pour la pathologie et la thérapeutique de la syphilis primitive, à l'usage des médecins et des chirurgiens).

* Le premier vol. de cet ouvrage, fait en grande partie d'après Hensler, contient l'histoire de la blennorrhagie (que l'auteur ne regarde pas comme spécifique), de l'orchite, des ulcères et des excroissances condylomateuses de l'urètre, de la cuisson produite par le passage de l'urine, ou les rétrécissements de l'urètre, des ulcères et des fistules au périnée, en tant que ces symptômes secondaires furent observés avant l'apparition de la syphilis. Le 2e vol., fait avec beaucoup de soins, présente l'histoire poussée jusqu'à nos jours des ulcères ou chancres aux parties génitales, surtout après le coït avec une personne soupçonnée d'être impure. — L'histoire critique de la syphilis eu égard au traitement le plus convenable, travail promis par l'auteur, n'a pas encore été publié; avant ce temps il ne sera pas possible de porter un jugement définitif sur les opinions et les idées nouvelles que l'auteur a émises au sujet des symptômes locaux.

45 — Jaudt, Math., *de Lue veterum et recentium.* Diss. inaug. med.; Monachii, 1834. 23 p. 8°.

L'auteur de cette dissertation, un peu superficielle, admet avec les Anglais une *lues antiqua* dont les manifestations n'étaient que des affections des parties génitales, présentant une ressemblance avec celles de l'époque postérieure; et une *Lues universalis* depuis 1494—96; deux espèces d'affections qui existent encore de nos jours et qui servent ainsi à expliquer la différence du traitement: la première sans mercure, la seconde, au contraire, par moyen de ce remède.

46 — Tolifrée, *Quelques remarques sur l'histoire de la syphilis;* dans *Baltimore med. and ch. Journal*, n° 4, 1834. (Rosenbaum.)

47 — Schrank, Max. Ludov., *de Luis venereæ antiquitate et origine.* Diss. inaugur.; Ratisbonæ (Monachii), 1834. 24 p. 8°.

L'auteur s'efforce de prouver, 1° en citant les passages des anciens : que la maladie vénérienne, connue dans les temps les plus anciens, a été toujours d'un caractère contagieux, mais que vers la fin du XV siècle elle prit un plus haut degré de malignité par suite de circonstances qui en favorisèrent le développement; 2° que par conséquent l'Amérique ne doit pas être regardée comme la patrie de la maladie. Il paraît que l'auteur a largement puisé dans l'ouvrage de Hubert.

48 — *Devergie, Nicolas-Marie, *Recherches hist. et méd. sur l'origine, la nature et le traitement de la syphilis.* Paris, 1834, 60 p. in-8°, y compris le *Rapport* de Cullerier à l'Acad.; publié d'abord dans les *Annales de la méd. physiolog.* 1834. Trad. en angl. par J. Sinclair Innes. Edim. et Lond., 1837, in-8°.

*Admet l'antiquité de la syphilis.

49 — Hentschel, Jo. Guil., *Quædam de hist. et nat. syph.* Dis. inaug.; Halæ, 1834, in-8°. (Choulant.)

50—*Renacki, Ferd., *Sur quelques points de la syphiliographie.* Strasbourg, 1835. 4°.

* L'auteur admet l'antiquité de la maladie, toutefois avec quelques restrictions sur la nature de certaines de ces manifestations; il tient particulièrement compte des circonstances qui, au quinzième siècle, ont imprimé un caractère épidémique à la syphilis. Du reste, ces recherches n'occupent que 12 pages de la thèse.

51 — * Gibert, *sur l'Origine de la maladie vénérienne;* dans *Revue médicale*, décembre 1835. p. 321 à 359.

* L'auteur termine ainsi ses recherches : « L'opinion d'Oviedo, adoptée par Astruc, sur l'origine indienne de cette maladie (la syphilis), nous paraît encore aujourd'hui la plus probable de toutes celles qui aient été exprimées sur le même sujet, encore qu'on ne puisse très-bien ne lui donner que la valeur d'une hypothèse. »

52 — Uberti, *Sur l'antiquité et la spécificité de la syphilis;* dans *Omodei annali*, vol. LXXVII, fév. — mars, 1836. (Rosenb.)

53—Oesterlen, Jo. Fried., *Hist. krit. Darstellung des Streits über die Einheit oder Mehrheit der venerischen Contagien.* (Hist. des opinions sur l'unité ou la pluralité du *contagium* vénérien). Stuttgard, 1836, in-8. (Choulant.)

54 — Naumann, *zur Pathogenie und Geschichte des Tripperes.* (Documents pour la pathogénie et l'Histoire de la Blennorrhagie); dans Schmidt's, *Jahrb. der in auslaend. gesammt. Medizin.* (Annales de toute la médecine allemande et étrangère). Jahrg. 1837, Vol. XIII, p. 94-105.

Contient des notices interessantes sur l'histoire de la syphilis, surtout sur la Blennorrhagie dans l'antiquité. L'auteur cite plusieurs passages de Galien très-importants et négligés jusqu'à lui, il défend ainsi l'antiquité de la maladie. Du reste le résumé de cette dissertation a été imprimé dans le VII vol. du *Manuel de clinique médicale* du même auteur.

55 — Zennaro, Aug., *Dissert. inaug. de Syphilid. antiquitate et an sit semper contagio attribuenda.* Patav., 1837, 32 p. gr. 8°.

56 — Masarei, Jos. Ferd., *Diss. sistens argument.: Morb. vener. esse morbos antiquos.* Vienne, 1837. 8°.

57 — Elbe, Fr. Jul. Ed., *de Syphilidis origine et curatione.* Berol., 1838. 25 p. 8°, (Rosenb.)

57 *bis.* — Rosenbaum, J., *Einige Fragen, die Lustseuche und ihre Geschichte;* dans *Journal de Hambourg*, 1840, vol. XIV, p. 437 à 477.

58 — *Friedberg, Ed. Guil., *de Origine syphilidis*, Dis. inaug. Berol., 1840. 26 p. 8°.

* L'auteur termine ainsi sa *Dissertation.* « Argumentis explicatis, et auctorum celeberrimorum fide, confiteri debemus luem veneream tam esse antiquam quam causæ morbi illius genetrices. »

59 — Nitschke, N., *Morbi venerei, qualis sæculis tribus proximis fuerit, brevis explic.*, Berol., 1840. 28 p. 8°. (Rosenb.)

60 — * Moeckel, C.-H.-Aug., *Quæ fuerit Syphilidis forma ad seculi decimi quinti finem quæritur.* Dis. inaug.; Lipsiæ, 1841. 8°. (Choulant.)

61 — Wucherer, Otto, *de Mutationibus quas Syphilis ejusque medendi ratio subiit.* Tub., 1841. 26 p. 8°. (Rosenb.)

* Partisan des doctrines de Rosenbaum.

62 — Kugler, C. Th., *de Origine morbi syphilitici.* Berol., 1841. 29 p. 8°. (Rosenbaum.)

63—Holding, Jos., *Historia morb. venerei.* Prag., 1841. 23 p. 8°. (Rosenb.)

64 — *Gauthier, L. P. A., *Recherches nouvelles sur l'histoire de la syphilis.* Lyon et Paris, 1842. 66 p. 8°.

* Partisan de l'origine américaine.

65 — Freschi, Franc., *Storia della lue venerea.* Firenze, 1842. 8°.

66 — *Mittmann, Eugenius, *de Syphilidis historia notæ quædam.* Berol., 1844. 35 p. 8°.

* Partisan de l'antiquité de la maladie.

67 — Prescott and Irving, *Original communications, relative to the American origin of syphilis;* dans *N. York's Journ. of Medicin*, mars 1844.

Ces deux historiens célèbres prouvent par des témoignages originaux que la syphilis était tout à

fait inconnue en Amérique avant l'arrivé des Espagnols. (Hacker.)

68—* Meyer Ahrens, *Geschichtliche Notizen über das erste Auftreten der Lustseuche in der Schweiz, u. s. w.* (Notice historique sur l'introduction de la syphilis en Suisse et sur les règlements qui furent faits contre l'extension de la maladie dans ce pays, et particulièrement dans le canton de Zurich, avec quelques notices sur la lèpre).—(Ext. de la *Gazette méd. de Suisse*). Zurich, 1841. 120 p. in-8°.

* Outre ces ouvrages, qui s'occupent presque exclusivement de l'histoire de la syphilis, la plupart des manuels un peu détaillés traitent aussi de ce sujet; sans m'arrêter à ceux de Swediaur, de Bertrandi, de Bosquillon, de Foot, de Barbantini, je mentionnerai seulement les suivants comme les plus importants. On doit mettre au premier rang :

69 — * **Astruc, Joan.**, *de morbis Venereis libr. sex. In quibus disseritur tum de Origine, Propagatione et Contagione horumce affectuum in genere : tum de singulorum Natura, Ætiologia et Therapeia, cum brevi Analysi et Epicrisi operum plerorumque quæ de eodem argumento scripta sunt.* Paris, 1736. xxiv 600 p. 4°. Paris — (contrefaçon à Bâle) 1738. 4°.—Traduit enanglais, par Will Borrowby, London, 1738. 8°. — *Editio altera : De morbis Venereis libri* IX. Paris, 1740. 4°. Vol. I. xxxvi-536 p. (Contient en même temps Dissert. I. *De origine, appellatione, natura et curatione morborum venereorum inter Sinas* DXXXVII-DLXVII.— *Index*, DLVIII-DCVIII). Vol. II. *Index chronologicus-Diss. II de Desideratis ad plenior. scriptor. aphrodisiac. notitiam.* de 537 à 1196 p. — Traduction française, par Boudon et Aug. Franç. Jault. Paris, 1740. 12°. Vol. I-III. 2e éd.; Paris, 1743, 12°, vol I-IV. — 3e éd. augmentée par Astruc et Ant. Louis. Paris, 1755. Vol. I-IV. 12°. — La contrefaçon, Venetiis, 1760. 4°, contient en outre : Gerardi van Swieten, *Epist. duæ de Mercurio sublimato*, et Jos. Mar. Xav. Certini *diss. de Usu mercurii.*—Traduit en anglais, par Sam. Chapman. Lond., 1755. 8°; en allemand, par Joh. Gottlob Heise. Frankf. u. Leipz. 1784, gr. 8. — 4e éd. Paris, 1773 et 1774. Vol. I-IV. 12°. — 5e éd., par Ant. Louis. Paris, 1777. Vol. I-IV. 12°.

C'est à Astruc que revient le mérite d'avoir le premier rassemblé judicieusement et coordonné les matériaux pour l'histoire de la syphilis, matériaux accumulés depuis des siècles; quoique ses résultats historiques soient défectueux et partiels, puisqu'ils ne se rapportent qu'à la défense de l'origine américaine, cependant son aperçu chronologique des auteurs de 1475-1740 est encore de nos jours indispensable, puisqu'il contient des extraits détaillés de tous les ouvrages qui se trouvaient à sa disposition; ces extraits remplissent tout le deuxième volume de son ouvrage. Jusqu'à Hensler, presque tous les historiens qui ont écrit après Astruc, donnent d'après lui l'indication des ouvrages, bien qu'ils ne soient pas toujours assez consciencieux pour faire connaître la source où ils ont puisé. — D'après Bertrandi, *Traité de la maladie vénérienne*, traduit de l'italien par C. H. Spohr, vol. I, pag. 44, note *k*, Astruc aurait *copié* presque tout le premier livre (*Hist. de la mal. vénér.*), p. 1 à 118, de son ouvrage dans Charles Thuillier : *Observations sur les maladies vénériennes, avec leur cure sûre et facile*; *lettres sur les accidents, l'origine et les progrès de la vérole.* Paris 1707, in-8°, sans nommer l'auteur.

* Cette accusation de plagiat me paraît sans fondement; j'ai comparé avec soin Astruc et Thuillier; tous deux traitent le même sujet, l'origine de la syphilis, et résolvent la question dans le même sens; l'un et l'autre se servent à peu près des mêmes arguments, mais d'une manière toute différente. Astruc apporte du reste dans la discussion un esprit de critique, une méthode et une précision, qui manquent trop souvent dans Thuillier, quoi qu'en dise Astruc lui-même, p. 983. Il est possible qu'Astruc ait puisé dans le livre de son devancier quelques indications, mais certainement il ne l'a pas copié; on ne peut même pas dire qu'il l'ait imité. L'histoire de la syphilis, dans Thuillier, s'étend de la page 138 à la fin du volume (page 305); il termine ainsi : « En atendant « la décision de cete question, vraie ou suposée, — « *De lue venerea quaestio. medica : An verè et « historicè dici debeat, Morbus Gallicus, vel His- « panicus*, par R. P. S. J. Theologum Antuerpiæ. « Je conclurai que la Vérole est une maladie nou- « vele en Europe, qu'ele y a été transportée des « isles d'Occident, où, sans qu'on en sache ni les « causes ni les raisons, ele est commune et épidé- « mique. » Ch. D.

70 — * **Girtanner, Christoph**, *Abhandlung ueber die venerische Krankheiten.* (Traité sur la maladie vénérienne). T. I. Gotting. 1788. 459 p. T. II et III, 1789. 933 p. gr. 8. — 2e édition 1793. III vol. 8° — 3e édit. du 1er t. 1796; — 4e édit. du Ier t., publié avec augmentations et notes, par L. C. W. Cappel, 1803. xvi-455 p. gr. 8.

L'auteur donne, dans le tome Ier, livre I, section 1, pages 1-57, l'histoire de la syphilis, dans laquelle il tâche de défendre, avec tous les sophismes possi-

bles et en défigurant les faits, l'origine américaine de la maladie. Dans les tomes II et III, il donne l'aperçu de tous les ouvrages sur la syphilis qui ont paru depuis 1595 jusqu'en 1793, et dont le nombre, y compris ceux contenus dans les additions, est de 1912. Le même sujet étant traité par Astruc, Girtanner a traduit cet auteur souvent littéralement sans le nommer. Il s'occupe particulièrement dans son livre des auteurs qui partagent ses vues sur l'origine américaine. Quant aux autres, il les traite très-légèrement, souvent sans en indiquer le contenu; c'est pourquoi cette littérature de la syphilis ne servira guère à l'historien que pour les titres des ouvrages.

71 — * Hacker, Heinr. August., *Literatur der syphilitischen Krankheiten von Jahr 1794, bis mit 1829; Fortsetzung der* Girtanner'*schen Litteratur zu betrachten u. s, w.* Leipzig, 1830. 264 p. 8°. (Littérature des maladies syphilitiques pour faire suite à la littérature de Girtanner).

Supplément publié sous le titre de : *Neueste Literatur der syphilitischen Krankheiten von.* 1330-1838, *nebst Nachtraegen zu früheren Jahren.* Leipzig, 1839. 168 p. 8°.

* Hacker a donné de nouveaux suppléments depuis l'année 1839, dans un journal qu'il publie à Leipzig sous le titre de : *Argos, Zeitschrift für Kritik und Anti-Kritik.* (Vol. IV et V.) Le quatrième cahier de l'année 1845, décembre, contient la littérature critique des années 1844 et 45; c'est le seul cahier que j'aie pu me procurer. Les notices sont faites avec soin.

Malheureusement une grande partie des ouvrages cités par Hacker dans son ouvrage, surtout ceux qui ont été publiés hors de l'Allemagne, ne sont pas parvenus entre ses mains; aussi se borne-t-il souvent à rapporter seulement le titre, et même, pour ceux qui sont cités d'une manière plus exacte, il ne donne pas plus que Girtanner l'indication du nombre des pages ou des feuilles des ouvrages, ce qui permettrait de juger d'une manière relative s'ils sont plus ou moins complets.

On trouvera aussi de bons matériaux dans :

72 — Rees, George, *On the primary symptoms of the lues Venerea with a critical and chronological account of all the Englisch writers on the subject, from* 1653 *to* 1785. London, 1802. 8°. (Des symptômes primitifs de la syphilis, avec un aperçu chronologique et critique de tous les auteurs anglais qui ont écrit sur ce sujet).

73 — * Desruelles, H. M. J., *Traité pratique des maladies vénériennes comprenant l'examen des théories et des méthodes de traitement qui ont été adoptées dans ces maladies, et principalement la méthode thérapeutique employée au Val-de-Grâce.* Paris, 1836. XVI-XXIV, 668. 8°.

* L'auteur de cet ouvrage, écrit dans les principes de la doctrine physiologique, croit à l'origine ancienne de la syphilis, il se fonde même sur cette opinion pour attaquer la spécificité de la maladie. Son introduction historique comprend 147 p.; la bibliographie qui précède a 28 p.

74 — * Cazenave, P. L. Alphée, *Traité des syphilides ou maladies vénériennes de la peau, précédé de considérations sur son origine, sa nature.* Paris, 1843. VI, 630, p. 8°, avec atlas f°.

*L'auteur admet l'antiquité et la spécificité de la maladie.

* M. Cazenave a publié dans les *Annales des maladies de la peau* une suite d'articles sur l'histoire de la syphilis du XVI° au XIX° siècle, ou plutôt une suite d'études critiques sur les principaux représentants des théories syphilitiques. — XVI° siècle : Paracelse, Fernel, Fallope (t. I, p. 14); XVII° siècle : Varandel, Nic. de Blegny, Gervais Ucay, Musitano (p. 79); XVIII° siècle : Boerrhaave, Astruc, Sanchès, Van-Swieten, Fabre, les Empiriques, Lieutaud, Rosen, Vigarous, Carrere, Hunter, Nisbet, B. Bell, Swediaur, les Bibliographes (p. 139, 170, 232, 265, 358; t. II, p. 5); XIX° siècle : les Identistes, Cullerier, Capuron, Lagneau (p. 133).

75 — * Jourdan, A. J. L., *Traité complet de la maladie vénérienne, contenant l'exposition de ses symptômes et de son traitement rationnel, d'après les principes de la médecine organique avec l'histoire critique des théories et les méthodes curatives généralement reçues.* Paris, 1826. 2 parties de 919 p. 8°.

* Une partie du premier volume (p. 254 à 387) est réservée à l'histoire de la maladie, que M. Jourdan regarde comme ancienne, mais comme non spécifique.

Enfin, nous devons encore citer les historiens de la médecine qui se sont occupés plus ou moins de l'histoire de la syphilis.

76 — Freind. J., *Histoire de la médecine,* traduit de l'anglais, par B. et publiée par Sénac. Paris, 1728. 4°. p. 266 sq.

Partisan de l'origine américaine.

77 — Sprengel, Curt., *Versuch einer pragmatischen Geschichte der Arzneikunde.* (Essai d'une histoire pragmatique de la médecine). 3° *édition,* Halle, 1828. Vol. II, p. 521-525, 697-714. Vol. III, p. 204-217. Vol. I, p. 579-594.

*Rosenbaum publie en ce moment une quatrième édit. de cet important ouvrage. — Sprengel croit que la syphilis vient de la lèpre.

78 — *Haeser, H., *Pathologische Untersuchungen, als Beitraege zur Geschichte der Volkskrankheiten*. T. I, Dresde et Leipsig, 1839 : *Die Syphilis*, page 183 à 132. — Voyez aussi du même auteur : *Lehrbuch der Geschichte der Medicin*. Jena, 1845, page 300 à 312.

* D'après une théorie qui lui est particulière, l'auteur croit que la syphilis n'était pas arrivée à son entier développement dans l'antiquité et au moyen âge.

79—*Quitzmann, Ernst, Anton, *Vorstudien zu einer philosophischen Geschichte der Medicin, u. s. w.* Karlsruhe, 1843. T. I, p. 107 à 120.

* Exposition critique des recherches modernes sur la syphilis.

Les ouvrages suivants traitent encore de la syphilis sous le point de vue historique, conjointement avec d'autres maladies.

80 — Zanc, Raymond, *Histoire de l'Elephantiasis contenant aussi l'origine du scorbut, du feu Saint-Antoine, de la vérole*, etc. Lausanne, 1767. 132 p. 8°.

L'auteur défend l'antiquité de la maladie dans le chapitre 9e.— Cf. : *de Rebus in scientia naturali et medecina gestis*. Lips., vol. XVI, pars III. p. 455-460.

81 — Gebler, Gerhard, *Migrationes celebriorum morborum contagiosorum*. Gotting., 1780. 4°.

D'après Girtanner (vol. III, p. 646), tout ce qui se rapporte dans cette dissertation à la syphilis a été tiré textuellement de l'ouvrage d'Astruc.

En jetant un coup d'œil sur cette *Revue littéraire*, on est sans doute frappé du nombre et de l'étendue des ouvrages bibliographiques sur la syphilis ; mais on reconnait en même temps, en les étudiant, qu'une méthode vicieuse a présidé à leur rédaction, qu'ils ont entre eux des liens purement matériels, qu'ils sont remplis d'erreurs et d'inexactitudes, par suite de l'impossibilité où les auteurs ont été de voir par eux-mêmes tous les livres qu'ils citent; enfin, qu'ils sont presque tous empreints d'un esprit systématique exclusif qui diminue leur valeur et détruit en partie la confiance qu'on doit avoir en de pareils livres. On comprendra dès lors que le temps est venu de publier une *Bibliographie complète et critique de la maladie vénérienne*, conçue et exécutée d'après un plan uniforme et méthodique. Pour réaliser une entreprise si utile, mais si vaste, il ne faudrait rien moins que la collaboration active et assidue de plusieurs hommes placés auprès de bibliothèques bien pourvues (Paris d'abord, puis Goettingue, et, au troisième rang, Lyon, Londres, Berlin, Vienne, etc.), aidés en outre par les communications et les renseignements des syphiliographes érudits, préparés eux-mêmes par des études spéciales, enfin doués de toute la patience, de tout le scrupule qui distinguent le bibliographe consommé. Quand on songe au succès qu'ont obtenu les bibliographies d'Astruc, de Le Fébure de Saint-Ildefond, de Girtanner, de Hacker, on peut raisonnablement espérer que l'ouvrage dont je soumets ici le projet à mes lecteurs ne serait pas défavorablement accueilli du public médical. Ch. D.

(*La suite prochainement.*)

OBSERVATIONS.

SYPHILIDE VÉSICULEUSE.

HERPÈS CIRCINNÉ,

Coexistant avec des symptômes primitifs, développés depuis un mois. Traitement par les pilules de Sédillot.

Hôpital Saint-Louis.

Le 10 mai 1845 est entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Foy, la nommée Louise L..., âgée de 16 ans, giletière, pour se faire traiter d'une éruption siégeant au visage, au col, sur la poitrine et le dos.

L'éruption se présente sous la forme de plaques rougeâtres bien arrondies, disposées çà et là en forme d'anneaux ; ces disques sont recouverts de petites squames grises, sèches, peu adhérentes ; le centre est sain ; seulement il présente une coloration particulière, qui frappe à première vue et qui appelle l'attention. A ne voir que ces débris squammeux, il

est bien évident qu'ils sont ici le produit de cette exfoliation épidermique qui suit la rupture et la dessiccation des vésicules; on avait donc affaire à une éruption vésiculeuse. Si, d'un autre côté on tient compte de la disposition bien arrondie, de la forme annulaire, on ne peut manquer de reconnaître cette variété de l'herpès que l'on appelle *herpès circinné*. L'eczema serait plus largement et plus irrégulièrement développé. C'est donc un herpès que l'on peut étudier d'ailleurs à plusieurs états. Ici on voit des plaques au début, larges à peine comme des lentilles, recouvertes d'une exfoliation à peine sensible, qui occupe aussi bien le centre que la circonférence : là d'autres taches ont un aspect comme luisant qui, étudié de près, tient seulement à l'existence de vésicules très-ténues, distendues par un liquide séreux qui leur donne une teinte opaline : plus loin des plaques un peu plus larges, présentent déjà la forme annulaire, que l'on retrouve enfin bien manifeste dans les disques parvenus à leur développement complet. Les plus grands présentent la largeur d'une pièce d'un franc environ : il n'y a nulle part de traces de suintement.

La disposition en anneaux pourrait être ici une cause d'erreur, et faire croire à l'existence d'une lèpre vulgaire : mais dans ce dernier cas les cercles sont élevés, et composés évidemment de petits bourrelets papuleux : dans l'espèce il n'y a point de saillie, et cette circonstance suffit pour éclairer le diagnostic. On remarque enfin que l'éruption semble affecter de préférence les points où la peau présente une grande finesse, ce qui est un des caractères de l'*herpès circinné*. Il ne saurait y avoir de doute, quant à la forme même de l'éruption ; mais est-elle d'une nature spéciale ? C'est ce qu'un examen attentif doit révéler.

Au premier aspect on est frappé de la coloration particulière des plaques. Elles ne présentent point cette teinte rose ou rouge qui appartient à la période de développement de l'herpès ordinaire ; on ne voit pas non plus la couleur brunâtre qu'il peut présenter à son déclin : toutes les plaques, et notamment celles qui, au début, ressemblent à ces petites taches lenticulaires, toutes, dis-je, présentent une coloration d'un rouge cuivreux, que M. Cazenave appelle la teinte syphilitique. Cette teinte est bien manifeste au centre des anneaux, et s'étend en forme d'auréole autour des cercles les plus étendus : à ce caractère pathognomonique viennent se joindre d'autres circonstances moins tranchées, mais cependant assez importantes : ainsi la marche évidemment chronique de l'éruption, l'absence de prurit, la ténuité des vésicules, leur existence éphémère, enfin l'aspect sec et flétri de l'éruption en général. Ce n'était pas seulement un herpès circinné, c'était de plus un herpès syphilitique.

Interrogée sur ses antécédents, la fille L.... déclare qu'un mois auparavant, à la suite de rapports sexuels douteux, elle avait vu se développer aux parties genitales des symptômes qui existent encore. On l'examine, et on trouve des tubercules plats, répandus au nombre de 20 ou 30 autour de l'anus et à la face interne des cuisses. Ils sont rouges, suintants, de la grosseur d'une lentille, répandant une odeur forte et fétide. Le vagin, examiné avec soin, ne laisse voir aucune trace d'ulcérations ; mais l'entrée est couverte de petites végétations pédiculées, très-nombreuses; la muqueuse vaginale est rouge et sécrète un liquide jaunâtre très-abondant; le col de l'uterus est sain. L'anus ne présente rien d'anormal.

La fille L..., qui paraît assez soigneuse de sa personne, et qui montre beaucoup de franchise, déclare qu'elle n'a jamais eu d'autres symptômes vénériens ; elle ne porte d'ailleurs aucune cicatrice apparente. L'éruption de tubercules plats remonte à un mois, et c'est quelques jours seulement (8 à 10) après leur premier développement, que la syphilide vésiculeuse s'est manifestée. Les premières taches ont paru sur la pommette droite ; il s'en est ensuite formé d'autres sur la tempe gauche ; puis plus tard l'éruption s'est developpée sur la poitrine et dans le dos. Dans ces derniers points elle est comme confluente, tandis qu'elle est discrète sur le visage, le col et le haut du tronc.

La santé générale de la malade est bonne d'ailleurs : elle ne ressent de douleurs nulle part : toutes les fonctions se font bien.

M. Cazenave ordonne un bain simple tous les deux jours; des injections émollientes, tous les jours 2 pilules de Sédillot ; salsepareille pour tisane.

27 *mai*. Les anneaux herpétiques ont tous disparu, sans laisser d'autres traces qu'une coloration brunâtre qui passe assez rapidement. L'écoulement vaginal a beaucoup diminué ; il persiste sous forme de leuchorrée légère ; injections astringeantes.

20 *juin*. Les végétations et les tubercules se sont modifiés très-lentement; on les touche deux fois par jour avec le vinaigre aromatique.

20 *juillet*. Les tubercules sont tous flétris et passés; il n'y a plus trace d'écoulement; il reste à peine quelques vestiges des végétations du vagin.

25. Tout a disparu : la fille L..., demande sa sortie.

Remarques. — Cette observation, peu importante au point de vue de l'éruption elle-même, présente un assez grand intérêt sous le rapport de ce que l'on appelle

l'évolution syphilitique. Tout le monde reconnaît qu'une éruption vénérienne trahit, à quelque époque qu'elle apparaisse, l'existence de la syphilis constitutionnelle; or, dans l'espèce, il y avait donc syphilis, puisqu'il y avait éruption spéciale, et cependant la fille L... ne portait aucune trace d'ulcération, soit actuelle, soit passée. Ce premier point implique contradiction avec certaines doctrines du jour; mais si le fait cité n'avait eu que cet avantage, je l'aurais négligé peut-être : il a pour nous une bien autre portée. A toutes les époques de l'histoire de la syphilis, on a cru à ce que j'ai appelé l'infection progressive et indéfinie, à la pénétration successive et comme par couches des diverses parties de l'économie : or, l'exemple de L...., affectée d'une éruption vénérienne de la face, huit jours après qu'elle est atteinte de symptômes primitifs aux parties génitales, cet exemple prouve avec beaucoup d'autres analogues, que la doctrine que je signale repose sur des erreurs d'observation. Il n'existe pas en effet de loi absolue, en vertu de laquelle une syphilide apparaîtra nécessairement après une affection des muqueuses : bien loin de là, l'expérience démontre qu'il peut exister des éruptions vénériennes primitives; et il faut entendre par ce mot non-seulement celles qui sont l'expression d'emblée de l'infection syphilitique, mais encore celles qui coexistent avec des symptômes primitifs actuellement existants. Or, c'est ce qui est arrivé pour la fille L.,.. et l'éruption dont elle était atteinte était bien réellement une syphilide primitive; car, bien que L... eût été atteinte d'abord d'écoulement et de tubercules plats, la coïncidence du symptôme consécutif avec le symptôme primitif, la presque si multanéité d'apparition, ne permet pas de donner un autre nom à cet herpès, affection si légère d'ailleurs, et qui a disparu avec tant de facilité; c'est bien évidemment pour moi un véritable symptôme d'invasion.

REVUE.

NOUVELLES DOCTRINES DE LA SYPHILIS,

Par M. Bartholi,

Ancien interne de l'hôpital du Midi.

(Thèses, Paris, 1845.)

Le travail dont j'ai à rendre compte est un de ces travaux hétérogènes qui, à côté d'observations exactes, de vues ingénieuses, de raisonnements solides, renferment des contradictions flagrantes, un désordre fâcheux dans l'enchaînement des idées, une certaine obscurité dans l'exposition, et dans lesquels on regrette un oubli fort grave, une grande ignorance des faits antérieurs. C'est un de ces travaux qui font voir l'auteur tantôt sous un mauvais jour, tantôt sous un jour favorable, et qui conséquemment ne permettent pas de formuler d'une manière précise, définitive le jugement que l'on doit porter de lui. Aussi dans l'examen que je vais faire de la thèse de M. Bartholi, sera-ce moins l'auteur que la thèse elle-même que je jugerai.

Je regrette d'avoir à commencer cette revue par un grave reproche, et cette sévérité à laquelle je me trouve réduit me met dans la nécessité d'établir nettement ma position vis-à-vis de M. Bartholi, pour ôter tout prétexte aux malveillants. Les opinions de M. Bartholi se rapprochent beaucoup plus des miennes que de celles de mes adversaires; les faits qu'il rapporte me sont aussi favorables qu'ils leur sont opposés : si donc j'avais eu le tort de me faire une idée partiale du travail de M. Bartholi, cette idée lui aurait été plutôt avantageuse qu'hostile; mais j'ai la conviction d'avoir jugé avec toute l'impartialité compatible avec la nature humaine, et quelle que soit,

pour mes opinions, l'utilité des faits que M. Bartholi rapporte, j'ai dû les juger et je me suis efforcé de les juger avec la même sévérité que s'ils m'avaient été contraires. Je ne sais si M. Bartholi suivra l'exemple de quelques-uns de ses prédécesseurs, et s'il verra dans une critique scientifique une critique personnelle; je regretterais infiniment que M. Bartholi se laissât entraîner par un exemple aussi mesquin que nuisible à la science; mais après la ligne que je me suis tracée depuis longtemps, et que j'ai toujours rigoureusement suivie, on ne s'attend pas sans doute à m'en voir dévier aujourd'hui. Or, la vérité m'oblige à dire que M. Bartholi ne s'est pas pénétré suffisamment de son sujet avant de l'aborder : le titre de sa thèse prouve à lui seul, et doublement, la preuve de cette assertion : d'après ce titre, en effet, il semblerait que l'auteur va exposer une nouvelle doctrine sur la syphilis, et une étude, même superficielle, des principaux auteurs classiques l'aurait convaincu que rien n'est moins nouveau que la doctrine qu'il expose ou plutôt qu'il indique; car, et c'est ici la seconde preuve, d'après le titre de la thèse l'auteur semble croire qu'il est possible de discuter sérieusement en quelques pages une doctrine, même non nouvelle, sur la syphilis, tandis qu'une étendue dix fois plus considérable que celle qu'il donne à sa thèse, suffirait à peine pour cet objet. Aussi ne doit-on s'étonner nullement que toutes les questions abordées par M. Bartholi soient à peine posées, qu'il en omette un très-grand nombre, et qu'il passe sous silence la plupart des travaux de ses devanciers, travaux qui lui auraient facilité la solution complète de quelques problèmes, qu'il tranche presque toujours au lieu de les résoudre. Enfin, on trouve encore la preuve que M. Bartholi n'a point assez élaboré son sujet dans le défaut de coordination et d'enchaînement des pensées, ainsi que dans l'incorrection du style.

Après ces réflexions générales, passons à l'examen des détails renfermés dans la thèse, en suivant à peu près l'auteur dans sa marche, médiocrement bien assurée.

Avant de décrire la blennorrhagie, qu'il ne considère pas comme RÉELLEMENT *syphilitique* M. Bartholi se croit obligé de « *discuter quelques points touchant la nature du virus syphilitique*. Et je dirai, » poursuit-il, « que, s'il est vrai d'admettre avec M. Ricord que le virus syphilitique est un, identique à lui-même, il est vrai aussi de dire que dans quelques circonstances le virus vénérien subit des modifications telles qu'il ne peut plus agir comme pus spécifique. Ainsi, si l'on met en contact du pus de chancre inoculable sur une surface dépourvue d'épiderme, mais qui est vivement enflammée, le pus chancreux perd sa spécificité et n'agit nullement sur cette partie ainsi dénudée. D'où il faut conclure que l'inflammation vive d'une partie du corps détruit la spécificité du virus syphilitique inoculable. » M. Bartholi renvoie un peu plus loin la preuve de cette dernière assertion; nous la jugerons quand nous y arriverons; en attendant, constatons le commencement de la confusion et des contradictions dans lesquelles va tomber l'auteur, et cherchons à bien éclaircir les termes de la question, afin d'éviter le défaut que nous blâmons : M. Ricord admet que le virus est un, *identique* à lui-même, et qu'il ne peut jamais produire qu'une affection toujours *identique*, le chancre, *unique* accident primitif de la vérole; la majorité des auteurs admettent que le virus syphilitique est un, *identique* quant au fond, mais qu'il est susceptible de revêtir plusieurs formes, telles que le chancre, la blennorrhagie, etc. M. B., de son côté, admet que le virus peut dégénérer en *différents degrés de force* et d'intensité, produire des pustules vraies, des pustules fausses, et même des blennorrhagies; or, il nous semble qu'admettre de cette façon l'identité du virus syphilitique, c'est l'admettre à la manière des auteurs, et non à la manière de M. Ricord; il nous semble de plus que si l'une de ces manières est vraie, l'autre est nécessairement fausse; et qu'enfin *s'il est vrai d'admettre*, etc., avec M. Ricord, il n'est pas vrai d'admettre que le virus dégénère, etc., et *vice versâ*.

Pour prouver que le virus peut dégénérer, M. B. s'appuie sur ce que l'inoculation de ce virus peut donner lieu tantôt à une pustule vraie, tantôt à une pustule fausse, laquelle peut elle-même s'inoculer à l'infini. La reproduction des fausses pustules par inoculation aurait été un point fort intéressant à développer et surtout à démontrer; mais M. B., ici comme presque partout, a plutôt affirmé que démontré; il n'a nullement établi la différence qui existe entre une pustule vraie et une pustule fausse, point sur lequel l'immense majorité des lecteurs n'est nullement édifiée, et quant aux observations, voici la seule qu'on trouve dans un endroit de sa thèse très-éloigné de celui où il s'occupe de cette question. Elle est intitulée : *Bubons d'emblée et fausses pustules réinoculables* A L'INFINI. Le sujet de l'observation est un homme affecté de deux bubons datant de 8 jours lors de l'entrée à l'hôpital et développés à la suite d'un coït qui remontait à 40 JOURS avant le début des bubons; ces derniers s'étaient gangrenés, et avaient donné lieu à des ulcérations douteuses. Pour lever ces doutes on pratiqua l'inoculation qui donna les résultats suivants :

« Le premier jour, le point piqué est rouge et offre un peu de cuisson. Le second jour, la

rougeur persiste; la cuisson a disparu. Le troisième jour, on observe la formation d'une bulle, sans cercle rouge autour. Le quatrième jour, la bulle est plus grande et remplie d'un liquide séro-purulent avec un cercle rouge autour. Le cinquième jour, le cercle rouge a disparu, et la bulle semble passer à l'état vésiculo-pustuleux, et offre un léger engorgement à sa base. Il est impossible de décider si c'est un chancre ou une fausse pustule (1). Le sixième jour, la vésicule est remplie d'un liquide trouble, elle s'était rompue dans la soirée du cinquième.

« Les avis étaient partagés sur le résultat de l'inoculation et la nature de cette affection vésiculo-pustuleuse; on pratique deux inoculations nouvelles avec le pus provenant de l'affection produite par la première inoculation. Ces deux nouvelles inoculations pratiquées, on enlève la pellicule qui recouvrait la plaie : on observe alors, au centre de la vésicule, une petite ulcération circulaire, térébrante, à fond gris-rougeâtre, à bords taillés à pic, rugueux et décollés. Le soir du sixième jour on voit une croute jaunâtre, mince, qui s'est formée et qui recouvre toute la surface de l'affection vésiculo-pustuleuse. Après avoir enlevé la croûte, il est facile de reconnaître à cette petite ulcération qui se trouve au centre de la bulle tous les caractères physiques de l'ulcération huntérienne, sauf l'induration de la base.

« Voici maintenant le résultat des deux autres inoculations :

« Pendant les trois premiers jours, on a observé un peu de rougeur à l'endroit des piqûres. Au quatrième jour, on observe un commencement de soulèvement de l'épiderme. Le cinquième jour, les bulles sont caractérisées sur les deux cuisses, et entourées d'une auréole rouge qui les circonscrit : elles n'offrent point d'induration à la base.

« Ces bulles offrent les mêmes caractères que la première affection; sauf toutefois qu'il n'y a pas, au centre des bulles, l'ulcération térébrante qui existait dans la première bulle.

« Toutes ces bulles offraient une légère érosion du derme. Elles ont guéri en dix jours de temps, sans aucun traitement.

« Le malade a été traité longtemps et n'a guéri que trois mois après son entrée à l'hôpital, par les cautérisations faites avec le nitrate acide de mercure. J'ai pratiqué deux inoculations sur la même cuisse, avec du pus d'adénite strumeuse, et je n'ai obtenu aucun résultat. Il n'y a pas eu formation de bulles. »

Il serait difficile de se fourvoyer plus gravement que l'auteur ne le fait dans cette observation, et je tiens d'autant plus à signaler ce fait, que les partisans de l'inoculation ne manqueront pas sans doute d'assimiler à celle de M. Bartholi toutes les observations de leurs adversaires; d'ailleurs les saines doctrines ne doivent être défendues qu'avec des faits exacts, consciencieux; elles tombent en décadence autant par l'impéritie de leurs partisans que par suite des attaques de leurs adversaires. Or, M. Bartholi annonce des fausses pustules *réinoculables* À L'INFINI, et lorsqu'on cherche dans l'observation, on y trouve une première inoculation suivie d'un chancre avec tous ses caractères, par conséquent d'une pustule vraie, et puis deux autres inoculations simultanées suivies de bulles séro-purulentes avec érosion du derme seulement, et qui auraient à la rigueur pu passer pour des fausses pustules, bien qu'elles aient duré « dix jours DE TEMPS », mais qui dans tous les cas n'ont point été *réinoculées*. Est-il possible d'imaginer quelque chose de plus inexact qu'une semblable observation, et ne fait-elle pas beaucoup plus de mal que de bien à la doctrine qu'elle est destinée à défendre? Quant à moi, j'en tirerai une seule conclusion, mais qui sera légitime, *c'est que le sixième jour* d'une inoculation syphilitique des hommes très-versés dans cette pratique peuvent être incertains sur le résultat obtenu.

Il serait inutile, après l'observation qui précède, de suivre plus longtemps M. Bartholi dans l'explication qu'il donne des fausses pustules, puisque nous raisonnerions sur des bases incertaines.

Après avoir prouvé à sa manière que le virus syphilitique produisait dans certaines circonstances des fausses pustules, qui se reproduisaient elles-mêmes par inoculation, M. Bartholi cherche à prouver par des expériences que l'inflammation détruit la spécificité du virus syphilitique. Voici quelles sont ses expériences :

« Nos expériences ont été faites sur douze malades atteints de chancres, avec complication d'adénites indolentes et non enflammées. Ces expériences ont été faites de la manière suivante :

« J'ai appliqué un vésicatoire de la largeur d'une pièce de cinq francs sur l'adénite; j'ai laissé ce vésicatoire appliqué sur la partie vingt-quatre heures; au bout de ce temps, je l'ai enlevé avec la pellicule qui recouvrait la surface vésicante. Alors, craignant que l'inflammation ne fût pas assez intense, j'ai appliqué de la pommade épispastique sur la surface dénudée, et j'ai laissé la pommade en contact avec la partie ainsi dénudée, douze heures. Après ce laps de temps, il s'était formé des exsudations comme albumineuses qui recouvraient la surface vésicante; j'ai enlevé ces membranes pultacées, et j'ai déposé du pus chancreux, inoculable sur la surface vésicante dénudée de son épiderme.

« Ce pus avait été recueilli sur des chancres récents et en voie de progrès. Ces chancres avaient les caractères physiques suivants : ul-

(1) C'est-à-dire probablement si c'est une vraie ou une fausse pustule, attendu qu'entre une pustule et un chancre il n'y a pas de confusion possible.
(*Note du R.*)

cération circulaire à bords taillés à pic, rugueux, surface lardassée au fond et sur les bords, décollement des bords; induration à la base caractéristique; sécrétion sanguinolente et offrant l'aspect d'un pus mal lié. Voilà les caractères des chancres qui ont fourni le pus de l'inoculation (1). »

« Après avoir déposé sur la surface ainsi enflammée un quantité de pus au moins triple de celle qu'il fallait pour produire une inoculation ordinaire, j'ai fait un bandage en forme de pont, qui empêchait tout contact et tout frottement sur la partie inoculée, et cela afin que le frottement ne pût pas enlever le pus de dessus la plaie. Cela étant fait, j'ai laissé le tout ainsi disposé pendant trois jours; au bout de ce temps, rien n'ayant paru, et la surface vésicante étant presque guérie, j'ai enlevé l'appareil. Les malades sont restés longtemps dans l'hôpital, et on n'a vu survenir aucun accident sur les parties inoculées de la sorte. Voilà les expériences que j'ai faites pour les huit premiers malades.

« Sur les quatre derniers, voyant que les surfaces vésicantes se séchaient si promptement, malgré la présence du virus chancreux, j'ai pris, après quarante-huit heures, le pus qu'il m'a été possible de recueillir sur la surface ainsi inoculée, et j'ai pratiqué avec ce pus une inoculation sur le dos de la verge. Cette opération n'ayant eu aucun résultat, j'ai répété cette même opération sur trois autres malades, dans les mêmes circonstances, et toujours le résultat de l'inoculation a été négatif. J'ai suspendu alors mes expériences, les croyant assez nombreuses pour démontrer le principe que j'ai énoncé. »

M. Bartholi se propose de prouver par ces expériences : 1° qu'une surface vivement enflammée modifie le virus en détruisant sa spécificité; 2° que le virus n'agit pas comme un ferment; car, dit l'auteur, « *s'il en était ainsi, le pus syphilitique devrait transformer en pus inoculable le pus sécrété par la surface du vésicatoire.* » Cette dernière conclusion prouve que l'auteur a par trop sacrifié l'esprit à la lettre; aucun auteur n'a jamais prétendu que le virus fût tout à fait identique au ferment, ou plutôt que le virus pût transformer directement le pus simple en pus virulent; on a seulement voulu indiquer par ce mot que ce virus avait la propriété de produire dans l'économie des sécrétions virulentes, et par conséquent une multiplication du virus. Il est fâcheux qu'un observateur qui se propose de discuter la doctrine de la syphilis ne soit pas pénétré de toutes ces distinctions. Quant à la première conclusion, elle est formulée d'une manière trop absolue pour qu'on puisse l'accepter. L'inflammation, sans aucun doute, est une condition défavorable à l'action du virus vénérien; mais ce n'est pas parce que ce virus est modifié par la surface enflammée, ce qui ne se comprendrait pas, ce qui ne paraît même pas possible; mais bien parce que cette surface est modifiée elle-même, et qu'elle se trouve dans des conditions peu favorables soit à l'absorption, soit à l'*impression syphilitique* (1). L'inflammation est une de ces conditions; mais elle n'est ni unique ni suffisante. Nous ne voyons pas que la surface des vésicatoires produits par M. Bartholi fût *vivement enflammée*, et il n'est pas douteux que d'autres surfaces, beaucoup plus vivement enflammées que ces vésicatoires, ne se soient inoculées nombre de fois : et le vésicatoire, en particulier, agit plus encore en modifiant les parties d'une manière indéterminée qu'en les enflammant. Les commentaires que M. Bartholi fait sur les expériences de Hunter et de Cullerier sont des hypothèses peu probables, ou qu'au moins rien ne justifie.

La manière dont M. Bartholi applique à la théorie de la syphilis ses opinions sur les modifications du virus est assez curieuse pour que nous la rapportions. Comment expliquer que le virus chancreux déposé sur une muqueuse y produise une blennorrhagie ? « Voici, dit l'auteur, comment les choses se passent : on dépose du pus syphilitique sur la muqueuse urétrale; ce pus, qui est un irritant puissant, détermine, chez les individus irritables surtout, une inflammation plus ou moins vive qui détruit la spécificité du virus syphilitique. Il en résulte alors une inflammation propre, qui est la blennorrhagie. Voilà pour le cas où le pus syphilitique agit très-énergiquement.

« Dans le cas, au contraire, où le virus syphilitique est dégénéré, il n'a plus assez de force pour agir d'une manière spécifique; et l'on observe le même phénomène que s'il agissait trop énergiquement; car dans un cas comme dans l'autre le pus a perdu sa force inoculante (qu'on me passe le mot), et il ne peut plus produire le chancre à l'endroit où il a été déposé. »

Il serait inutile de combattre des hypothèses de cette nature, qui ne sont propres qu'à favoriser inutilement des discussions spé-

(1) Nous devons, quoique bien à regret, exprimer encore ici un doute grave sur l'exactitude de l'auteur : il nous répugne beaucoup d'admettre que sur douze malades chancreux pris au hasard on ait rencontré dans tous les cas une sécrétion sanguinolente; nous craignons que les caractères de ces chancres n'aient été décrits de souvenir à une époque plus ou moins éloignée de celle où l'on a fait les expériences.

(1) Cette expression est peu claire pour les médecins qui pensent, avec M. Bartholi, que le virus agit d'une manière purement locale; mais c'est là une erreur que nous avons déjà combattue, et que nous démontrerons ultérieurement d'une manière plus étendue

culatives, et à fournir, par leur défaut complet de fondement, des armes aux adversaires de la vraie doctrine syphilitique.

M. Bartholi montre ensuite, quoique d'une manière incomplète, l'irrationnalité des opinions et de la pratique de M. Ricord touchant la blennorrhagie. que ce chirurgien considère comme une simple inflammation catarrhale, et qu'il traite comme une maladie spécifique.

Plus loin, M. Bartholi cherchant à démontrer « *la gradation qui existe entre le chancre et la blennorrhagie,* » croit devoir admettre que « *l'inflammation de la muqueuse peut être plus ou moins blennorrhagique, plus ou moins syphilitique,* » et il établit les degrés suivants :

1° « Un premier degré, caractérisé par une inflammation très-vive de l'urètre; dans ce cas la blennorrhagie se rapproche le plus de l'inflammation franche : aussi ces urétrites sont plus faciles à guérir à cause de leur spécificité moins grande.

« Ce fait, déjà signalé par M. Bell, a été confirmé par l'observation de tous les syphilographes.

2° « Le deuxième degré se trouve caractérisé par une inflammation moins vive de la muqueuse, qui ne fournit jamais de pus inoculable; l'inflammation de l'urètre est moins intense, moins franche : aussi ces blennorrhagies sont-elles plus rebelles au traitement.

3° « Un troisième degré d'intensité plus grande, et de plus de spécificité dans la nature de l'inflammation, se trouve démontré par l'existence de balanites et d'urétrites qui fournissent un pus qui, par l'inoculation, produit des fausses pustules, quelquefois réinoculables à l'infini, et n'offrant jamais les caractères du chancre.

4° « Enfin, un quatrième degré se trouve démontré par l'existence de balanites et d'urétrites qui produisent un pus capable de développer des chancres huntériens par l'inoculation.

« Ces affections, qui déterminent rarement des affections secondaires, servent à démontrer la transition qui existe entre les affections syphilitiques non suivies d'infection secondaire, et les affections chancreuses qui souvent sont suivies d'infections consécutives.

« Enfin, terminons en disant que s'il est facile de suivre la gradation qui existe entre les affections dégénérées de la syphilis et les affections proprement syphilitiques, depuis l'inflammation presque franche de l'urètre jusqu'à l'inflammation spécifique et chancreuse; il est facile aussi de concevoir qu'il y a entre ces divers degrés d'intensité et de force d'action du virus syphilitique une foule de nuances faciles à sentir, mais impossibles à décrire. »

Est-il encore utile de dire que toutes les assertions émises dans ces quatre paragraphes sont de pures hypothèses qu'aucune recherche exacte n'a démontrées jusqu'à présent? Est-il utile de démontrer que tous les syphilographes sont loin d'avoir confirmé la virulence moindre, la curabilité plus facile des blennorrhagies très-inflammatoires, et *vice versâ*; c'est là une double erreur de M. Bartholi : car d'une part, les auteurs n'ont rien dit de semblable; et d'autre part, une pareille assertion est parfaitement fausse. Pour ne citer que quelques exemples des plus marquants, on n'a qu'à prendre Astruc, Hunter, MM. Lagneau et Baumès, et l'on verra que ces auteurs sont loin de professer les opinions que leur attribue M. Bartholi; il trouvera même dans le dernier de ces auteurs en particulier, t. II, p. 16, que l'écoulement blennorrhagique se distingue des autres par la plus grande intensité des symptômes : « Un écoulement catarrhal ordinaire, » dit le médecin de Lyon, « provenant de ce qu'un homme a eu des rapports avec une femme ayant ses règles ou des fleurs blanches âcres, ou provenant de toute autre cause, peut présenter dans quelques cas le même aspect, la même consistance, les mêmes symptômes concomitants que la blennorrhagie proprement dite; car celle-ci offre, sous ce rapport, un grand nombre de variétés (1); mais, en général, chez l'homme, *l'écoulement simplement catarrhal n'est pas à beaucoup près aussi intense, n'offre presque toujours qu'un aspect muqueux ou laiteux.* » Toutes ces hypothèses, toutes ces erreurs historiques viennent à l'appui de ce que j'ai dit en commençant, c'est que M. Bartholi a abordé une discussion fort difficile avant d'y être suffisamment préparé.

Cette sorte de classification de la blennorrhagie termine le chapitre premier de la thèse, et M. Bartholi annonce en terminant qu'il va désormais s'occuper de la syphilis, ce qui indique qu'il ne s'en est point encore occupé, et cependant, d'après sa propre expérience, il admet que dans quelques cas la blennorrhagie est syphilitique. Admettant la classification de Thiery de Hery, de M. Ricord (ce qui n'est pas d'ailleurs la même chose puisque si Thiery de Hery admettait une *ardeur d'urine* inflammatoire, il reconnaissait aussi très-positivement (pages 9, 132, 162) une *pisse chaulde* vénérienne; d'où il faudrait conclure que l'opinion du spécialiste du seizième siècle serait plutôt celle de M. Lagneau par exemple), M. Bartholi s'occupe d'abord des affections primitives : « Avant de décrire ces affections, » dit-il, « il est important de *circonscrire nettement cette expression.* » (Nous ne savons pas trop jusqu'à quel point on peut

(1) C'est-à-dire qu'elle peut être très-intense ou très-bénigne, sans pour cela cesser d'être virulente, sans l'être plus, sans l'être moins.

circonscrire une expression.) « J'entends par accident primitif *toute affection* SYPHILITIQUE qui produit un pus inoculable, et capable de déterminer une affection consécutive. Ainsi je trouve une balanite, une urétrite ou un bubon qui sont inoculables, je dis : ces affections sont des accidents primitifs. Je sais que je me trouve, en disant cela, en opposition avec M. Ricord ; mais, etc. » M. Bartholi a encore confondu ici : ce n'est pas disant : « *Je trouve une balanite inoculable, je dis que c'est un accident primitif,* » qu'il se trouve en contradiction avec M. Ricord ; mais en trouvant des balanites inoculables que M. Ricord est censé n'avoir jamais pu trouver. Si M. Ricord avait, comme M. Bartholi, rencontré des balanites inoculables ils auraient été d'accord, et ils auraient tous les deux appelé accident primitif toute affection qui produit un pus inoculable, et accident consécutif ou non syphilitique, suivant les cas, toute affection non inoculable ; or, c'est là l'erreur capitale des inoculateurs ; M. Bartholi a évité la plus légère, mais il a partagé la plus grave. A l'appui de cette opinion, qu'il y a des balanites et des urétrites inoculables, M. Bartholi rapporte cinq observations : la première et la troisième étant des exemples de balanites *ulcéreuses*, et les érosions soulevant une discussion à laquelle nous ne devons pas nous livrer ici, et la seconde se rapportant plutôt à la question des bubons, nous nous contenterons de rapporter les deux dernières, qui sont d'une grande importance. M. Bartholi assure d'ailleurs posséder trente observations semblables ; il est à regretter qu'il n'ait pas cru devoir les publier toutes, bien que nous pensions avec lui que les quatre qu'il rapporte suffisent pour établir clairement la vérité qu'il professe. Voici ces observations :

QUATRIÈME OBSERVATION.

« Le nommé X...., âgé de vingt-quatre ans, tailleur, est entré à l'hôpital le 3 février, pour une balanite partielle, limitée à la portion droite de la muqueuse préputio-glandulaire. Cette balanite datait de trois mois, et le malade ne s'est aperçu de l'existence de cette affection que quinze jours après le coït infectant. Cette balanite présentait les caractères suivants : rougeur peu vive de la portion de la muqueuse du côté droit ; sécrétion peu abondante de muco-pus dans cet endroit. ON N'OBSERVAIT NI EXFOLIATION DE L'ÉPITHÉLIUM, NI ÉROSION dans cet endroit. Le côté gauche du gland et celui du prépuce étaient sains, aussi bien que les autres parties extérieures de cet organe. Ce malade était affecté d'un écoulement urétral très-léger et qui datait de neuf mois.

« Ce malade a été traité en ville par des lotions d'eau blanche, faites trois fois dans la journée.

« On pratique, le jour de son entrée, deux inoculations faites avec le pus de la blennorrhagie et le pus de la balanite. L'inoculation pratiquée sur la cuisse gauche avec le pus de la balanite fournit une pustule d'ecthyma caractéristique. L'inoculation faite avec le pus de la blennorrhagie ne donne aucun résultat.

« Le 14, la balanite est guérie. LE CHANCRE DE L'INOCULATION, AU CONTRAIRE, S'EST INDURÉ.

« Le malade est sorti entièrement guéri vers le milieu du mois de mars. »

CINQUIÈME OBSERVATION (1).

« Un boulanger, âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, fut admis à l'hôpital du Midi, le 18 mars 1838, pour une balanite et une blennorrhagie dont il souffrait depuis cinq semaines. La blennorrhagie avait paru six jours après un coït suspect, et avait débuté par une inflammation très-vive. Traitée par les antiphlogistiques et le cubèbe, cette urétrite n'offrait plus à notre examen qu'une sérosité purulente. Le prépuce et le gland étaient enflammés et l'épithélium en était enlevé sur plusieurs points. Depuis vingt-cinq jours on employait la pommade au calomel contre cette balanite, qui fournissait un pus crémeux, abondant.

« Le 14, on pratique deux inoculations : l'une, faite avec le pus provenant de l'urètre, sur la cuisse droite ; l'autre, faite avec le pus de la balanite sur la cuisse gauche.

Le 17 mars, chaque piqûre d'inoculation a donné un résultat différent : à gauche existe une pustule d'ecthyma bien caractérisée ; à gauche, une bulle de rupia.

Le 20, les deux pustules sont ulcérées. L'ulcération droite offre tous les caractères du chancre huntérien.

« L'ulcération gauche, » (c'est probablement l'*inoculation gauche* qu'il faut lire,) « offre une légère ulcération, qui était guérie le 27 du même mois.

« L'ulcération droite ne s'est cicatrisée que plus tard et a duré jusqu'au 18 avril.

« Le malade, soumis à un traitement approprié, est sorti guéri le 24 mai. »

Je sais que les inoculateurs par sang supposeront dans ce dernier cas l'existence d'un chancre de l'urètre ; mais comme leurs suppositions ne doivent pas rencontrer éternellement des esprits crédules, je n'ai pas cru devoir me dispenser de joindre cette observation à celle qui la précède ; l'une et l'autre me paraissent prouver également l'inoculabilité dans certains cas de la matière blennorrhagique. Je parlerai plus tard de la marche qu'ont suivie chez les malades de M. Puche les inoculations, et nous verrons si cette marche

(1) Cette observation a été recueillie par M. Puche.

est ou n'est pas celle que j'ai indiquée depuis longtemps.

Le chapitre que M. Bartholi consacre aux bubons a pour objet de démontrer qu'il existe des bubons d'emblée; ce chapitre, excessivement incomplet, ne renferme rien qui ne soit connu depuis longtemps; l'auteur y a consigné deux observations dont la première ne peut être d'aucune utilité dans la question; car les bubons s'étaient développés, au dire du malade, quarante jours après un coït suspect, et ils existaient déjà depuis trois semaines lors de son entrée à l'hôpital. Je sais faire justice des scrupules affectés des inoculateurs pur sang; mais il faut avouer que dans ce cas un chancre aurait très-bien pu se manifester et disparaître sans laisser de traces dans une espace de neuf semaines. J'ai seulement rapporté en commençant les résultats de l'inoculation pratiquée dans ces cas, et dans lesquels M. Bartholi a vu une reproduction de fausses pustules à l'infini. Quant à la seconde, elle est plus concluante, et je vais la rapporter, ainsi que celle dont j'ai parlé à propos de la blennorrhagie.

DEUXIÈME OBSERVATION. — (*Du chapitre de la balanite*).

« Le nommé X...., peintre en bâtiments, âgé de vingt ans, d'un tempérament sanguin, est entré à l'hôpital du Midi le 6 mars, salle 6, nº 14, pour une balanite qui offrait les caractères suivants : rougeur légère de la muqueuse préputio-glandulaire, avec secrétion peu abondante de muco-pus, et SANS EXFOLIATION AUCUNE DE L'ÉPITHÉLIUM. En examinant attentivement l'organe, il est impossible de trouver aucune trace de chancres. On n'observe ni induration, ni cicatrices sur ces parties. On juge cette affection très-légère et on n'inocule pas.

« Le malade étant affecté en outre d'une adénite inguinale du côté gauche, on pratique des ponctions sur cette adénite, qui semblait en voie de suppuration. Les piqûres s'ulcèrent et offrent l'aspect chancreux. On inocule alors avec du pus provenant de cette adénite, et on obtient une pustule d'ecthyma caractéristique à l'endroit inoculé.

« Le malade est sorti après quelques jours en permission et n'est plus rentré. Je n'ai pu suivre davantage la marche de l'inoculation chez ce malade.

« La balanite, ayant été cautérisée, est guérie en cinq jours de temps. »

OBSERVATION (*Bubons d'emblée*).

« Le nommé X..., serrurier, âgé de vingt-quatre ans, est entré à l'hôpital le 17 juin, salle 6, pour deux adénites chancreuses de l'aine. Ce malade a eu, il y a deux ans, deux urétrites blennorrhagiques, qui ont guéri, l'une en vingt jours, l'autre en trente jours de traitement. Il a été en outre affecté d'un chancre du méat, au mois de novembre, qui a guéri en trente jours de traitement, par les cautérisations du nitrate et les pansements avec le vin aromatique. Ce malade affirme n'avoir jamais eu d'adénites, pas même à l'époque où il avait le chancre du méat. C'est un malade très-intelligent et qui paraît de bonne foi. Au mois de février, il a eu des relations avec une grisette, et dix ou seize jours après le coït infectant, il a vu paraître deux bubons, petits et indolents, qui, traités par les cataplasmes et les frictions mercurielles, sont devenus rouges, douloureux, et on a été obligé de les ouvrir le 25 février.

« Le malade assure qu'il n'a pas vu de chancre sur la verge à cette époque; il affirme aussi que son médecin n'en a pas pu trouver, malgré les recherches qu'il a faites pour en découvrir. A son entrée, ce malade présentait l'état suivant : deux adénites inguinales chancreuses, ulcérées et offrant tous les caractères physiques du chancre huntérien. On observe, sur le scrotum et la partie interne de la cuisse, du côté gauche, trois ou quatre chancres qui sont survenus après l'ulcération des adénites.

« Le 20 juin, on inocule avec le pus d'une des adénites, sur le dos de la verge; et cinq jours après l'inoculation on observe une pustule d'ecthyma caractéristique. Plus tard, la pustule s'est ulcérée, et *on a pu constater les caractères de l'ulcération huntérienne.* »

Bien que dans cette observation le temps écoulé entre le début de l'affection et le moment où l'on a pu observer le malade soit plus considérable que dans la première, j'ai cependant cru devoir la rapporter, non-seulement parce que le malade était intelligent, d'après M. Bartholi, mais encore afin de mettre en évidence ce fait dont je me servirai plus tard, à savoir que la plaie résultant de l'inoculation a revêtu les caractères de l'ulcération huntérienne.

Le chapitre consacré à l'étude du chancre ne renferme rien de bien remarquable. M. Bartholi y professe que les caractères anatomiques sont un moyen de diagnostic aussi sûr que l'inoculation, qui ne doit être employée que le plus rarement possible. Nous verrons dans un instant quels sont les cas, selon M. Bartholi, qui constituent l'exception. Je citerai de ce chapitre le passage suivant dans lequel l'auteur soulève une question fort importante.

« Je terminerai l'étude des affections primitives en appelant l'attention des syphilographes sur un point fort curieux et digne d'être étudié : je veux parler de la localisation du chancre. Nous avons vu que toutes les fois qu'on déposait du pus chancreux sur une surface dépourvue d'épiderme, ce pus déterminait à l'endroit de son application une ulcération syphilitique. Or, comment se fait-il

que lorsqu'une ulcération chancreuse est produite, le pus du chancre qui se trouve sur une surface ulcérée perde ses propriétés corrosives, et n'ulcère pas tout le corps, en s'étendant de proche en proche? Comment peut-on expliquer un fait aussi singulier? S'il m'était permis d'émettre une opinion à cet égard, j'expliquerais ce phénomène de la manière suivante :

« Nous savons que l'inflammation d'une partie du corps met cette partie à l'abri de l'action du virus chancreux; nous savons aussi que, lorsqu'il y a chancre, il y a toujours inflammation des parties environnantes; alors je dis : l'inflammation des parties environnantes du chancre met un obstacle à l'action du pus chancreux et limite l'ulcération. On pourrait dire alors que le chancre est entouré par une sphère inflammatoire et de protection qui garantit les parties environnantes de l'action du pus syphilitique. Quoique cette explication me paraisse bonne, je n'oserais pas soutenir qu'elle pourra expliquer tous les faits qui pourront se présenter. Aussi, je ne l'émets que sous forme de doute, en attendant les recherches des syphilographes, qui ne manqueront pas d'étudier, je l'espère, un point aussi intéressant de l'histoire de la syphilis. »

Disons d'abord que l'explication par M. Bartholi ne saurait en aucune manière être admise : il est évident, pour quiconque a observé même un très-petit nombre de malades, que le chancre existe souvent sans la moindre inflammation des surfaces environnantes; ce n'est donc point cette inflammation qui peut les maintenir à l'abri de l'inoculation successive et arrêter les progrès de l'ulcération. Mais à la place de cette explication en mettrons-nous une meilleure? Je suis loin de le prétendre; je doute même qu'on le puisse; car elle toucherait de trop près à la raison première des choses qu'il n'est point donné à l'esprit humain de pénétrer. Remarquons seulement que cette localisation d'une lésion qui sécrète une matière contagieuse est une loi universelle de pathologie, que cette loi est d'ailleurs indispensable à la guérison des malades; car si une sécrétion virulente devenait un foyer continuel de contagion nouvelle pour celui qui la porte, cette contagion successive ne saurait s'arrêter que par le défaut d'aliment, c'est-à-dire à la mort du malade. Cette loi générale est une des meilleures preuves rationnelles en faveur de l'infection primitive de la syphilis ou de l'absorption du virus avant la manifestation de tout accident local. Mais pour saisir et apprécier de telles lois, il ne faut pas mettre toute la science syphiliographique à la pointe d'une lancette comme le font les inoculateurs; il est indispensable, au contraire, de se familiariser un peu avec la philosophie de la médecine à laquelle ils restent trop étrangers. Je ne prolongerai pas davantage ces considérations sur lesquelles je reviendrai longuement dans une prochaine et dernière discussion sur l'inoculation.

Je me contenterai, en conséquence, de signaler les assertions que M. Bartholi avance dans le chapitre qu'il consacre à cette dernière question. Il dit d'abord que l'inoculation a rendu d'*immenses services* à la science; mais il oublie d'énumérer ces immenses services. Il dit que les inoculateurs sont tous des hommes de conscience et de probité; c'est une question qu'il ne me paraît pas très-utile de soulever, attendu qu'elle ne prouve rien ni à l'avantage ni au désavantage de l'inoculation. — Cependant M. Bartholi ajoute qu'il faut bien préciser les cas dans lesquels on doit pratiquer l'inoculation sous peine de « *courir le risque d'être considéré comme barbare, et comme un médecin peu consciencieux.* » Voyons donc quelles sont ces circonstances que M. Bartholi a la prétention de préciser. M. Bartholi établit d'abord, d'une manière fort incomplète à la vérité, mais presque suffisante néanmoins, tant la doctrine de l'inoculation pèche de tous côtés : 1° que la position d'un malade affecté de plusieurs chancres est pire que celle d'un malade affecté d'un seul chancre; 2° que le chancre inoculé ne guérit pas toujours avant le chancre primitif, qu'il guérit quelquefois après; 3° qu'il n'y a aucune raison de croire que l'absorption du virus ne se fait que le sixième jour, comme le prétendent les inoculateurs pur sang. Ayant fait ce procès à l'inoculation, il conclut de la manière suivante :

« Donc, je termine en disant, » écrit M. Bartholi, « que, de quelque manière qu'on envisage la question, en admettant même l'innocuité de l'inoculation, *il est impossible* (1) de pratiquer l'inoculation, si ce n'est dans les cas de médecine légale et dans quelques cas de balanites exulcéreuses. Encore pour ces dernières affections je dirai que, puisqu'il est prouvé qu'elles sont rarement suivies d'accidents secondaires, il est inutile d'inoculer, et de donner au malade un chancre huntérien, qui détermine souvent une affection secondaire. Je dis, au surplus, que ceux-là seuls doivent inoculer, qui croient à l'efficacité du traitement mercuriel comme moyen préventif des affections consécutives. On peut aussi pratiquer l'inoculation dans les cas où l'on aurait besoin d'établir un diagnostic sûr entre une affection chancreuse et une affection cancéreuse. J'ai vu un malade qui, affecté d'un cancer à la verge se trouvait dans ces conditions. »

On voit que rien n'est moins précis que M. Bartholi, dans sa manière de préciser : dire qu'on peut pratiquer l'inoculation dans les

(1) Il est impossible veut dire ici : il est mauvais, il est irrationnel.

cas de médecine légale, ce n'est rien dire du-tout, attendu qu'en médecine légale il peut se présenter toutes sortes de cas; d'ailleurs M. Bartholi, qui manifeste dans quelques passages de sa thèse son antipathie pour les assertions gratuites, aurait dû s'apercevoir que ce n'était pas en affirmant qu'il fallait procéder pour préciser les *circonstances dans lesquelles il n'est pas impossible* de pratiquer l'inoculation, mais bien en démontrant; or, il a bien démontré en divers endroits les inconvénients de cette pratique, mais nulle part il n'en a démontré les avantages; en sorte que, même restreinte dans les limites *précisées* par M. Bartholi, l'utilité de l'inoculation reste tout au moins fort douteuse pour les lecteurs de M. Bartholi. Quant à ceux qui ont suivi attentivement les discussions qu'a soulevées cette pratique, ils savent parfaitement qu'elle est inutile ou dangereuse dans tous les cas. Celui, en particulier, que M. Bartholi mentionne le dernier est un de ceux dans lesquels la doctrine de l'inoculation conduirait aux plus funestes résultats, puisque dans le cas où elle donnerait un résultat négatif, elle ferait considérer comme cancéreuse une maladie qui, malgré ce résultat, pourrait être syphilitique, et ferait sacrifier inutilement le membre viril. J'ai insisté longuement sur les dangers de l'inoculation en pareille occasion dans mon mémoire sur les végétations anciennes du pénis, et peut-être aurais-je quelque droit de me plaindre que M. Bartholi n'ait pas cru devoir au moins mentionner ce travail, dans lequel il aurait pu trouver un abri contre l'erreur grave dans laquelle il est tombé (1).

Je terminerai enfin cette revue en rapportant *intégralement* ce que M. Bartholi dit des accidents secondaires de la syphilis; ce chapitre est parfaitement conforme à tout le reste de la thèse et en donnera une idée plus exacte peut-être que tout ce que j'ai pu dire.

ACCIDENTS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS.

« Je comprendrai sous ce nom, à l'instar de M. Ricord, les affections constitutionnelles qui ne dépassent pas l'épaisseur de la peau et des muqueuses, et qui n'intéressent pas le tissu cellulaire.

« Comme je ne veux pas faire la description complète de toutes ces affections, je me bornerai à les énumérer par ordre d'apparition et à indiquer les bases sur lesquelles doit reposer le diagnostic rationnel de ces accidents.

« 1° *Ordre d'apparition des accidents secondaires.* — Induration du chancre; puis céphalie nocturne, avec ou sans douleurs rhumatoïdes péri-articulaires; plus tard, éruptions syphilitiques, soit sur les muqueuses, soit sur la peau. Comme l'a dit déjà M. Ricord (1), j'ai constamment observé une progression graduellement croissante des affections superficielles de la peau et des muqueuses aux plus profondes; toujours j'ai observé sur mes malades (2) la succession régulière des symptômes syphilitiques telle que l'a indiquée M. Ricord; aussi, si quelques cas rares font exception à la règle de M. Ricord, il ne faut pas en conclure que la classification de ce syphilographe est mauvaise, et qu'il faut la rejeter. Je dirai au surplus que souvent l'on peut, en connaissant la succession régulière des accidents syphilitiques, assigner l'époque presque précise à laquelle a dû exister l'accident primitif.

« Ainsi, pour moi, une des bases sur lesquelles doit reposer le diagnostic des syphilides, c'est la filiation des symptômes antécédents et l'appréciation exacte de leur valeur.

« La seconde base sur laquelle doit reposer le diagnostic, c'est l'étude attentive des caractères objectifs des accidents présents. Comme toutes ces parties ont été l'objet d'études et de controverses parmi les syphilographes qui ont étudié d'une manière spéciale les affections constitutionnelles de la syphilis, je ne m'arrêterai pas plus longtemps sur ce point, et je terminerai en faisant l'énumération des affections qui rentrent dans la troisième catégorie de M. Ricord, et désignées par lui sous le nom d'accidents constitutionnels et tertiaires de la syphilis.

« Ces affections affectent tous les tissus de l'économie, et peuvent être classées par ordre de tissus.

« Ainsi le tissu cellulaire offre des tubercules profonds, qui sont désignés sous le nom de tumeurs gommeuses.

« Le tissu fibreux peut aussi être affecté; exemple, le testicule syphilitique et la périostite.

« Pour le tissu osseux, on observe des caries et des nécroses; pour la peau et les muqueuses, des ulcérations profondes.

« Il faut ajouter à toutes ces affections une altération profonde de l'organisme, et qui se trahit par l'état de cachexie qui s'observe chez ces malades. »

Ainsi se termine cette thèse, dans laquelle l'auteur soulève les questions les plus ardues de la syphilis, qu'il abandonne presque aussi-

(1) J'aurais pu discuter jusqu'à quel point M. Bartholi s'est conformé à ses propres principes dans les inoculations qu'il a pratiquées et qu'il rapporte dans sa thèse; mais je conserve ces observations pour une discussion plus sérieuse que celle-ci, et d'ailleurs, les remarques que je pourrais faire à ce sujet n'auront sans doute pas échappé au lecteur.

(1) Et comme tout le monde l'avait dit avant lui.

(2) M. Bartholi aurait bien pu dire sans se faire du tort : sur *les malades du service de M. Puche.* Cette locution aurait été plus modeste et plus vraie.

tôt après les avoir abordées, soit que le défaut d'étude ne lui ait pas permis d'en bien saisir la portée, soit que son esprit se refuse à poursuivre des méditations aussi sérieuses que celles qui sont nécessaires pour conduire ces questions à bonne fin; la seule utilité que présente le travail de M. Bartholi consiste dans quelques-uns des faits qu'il rapporte, et dont nous chercherons plus tard à faire profiter. La question des fausses pustules aurait aussi été d'un grand intérêt, si on ne l'avait pas laissée avorter comme toutes les autres.

H. DE C.

FIN DU DEUXIÈME VOLUME.

TABLE ANALYTIQUE

DES MATIÈRES DU DEUXIÈME VOLUME.

A

B

C

D

Paris. — Typ. Lacrampe et Comp., rue Damiette, 2.

FIN DE LA TABLE ANALYTIQUE DU DEUXIÈME VOLUME.



